

zouze pro vnitřní potřebu

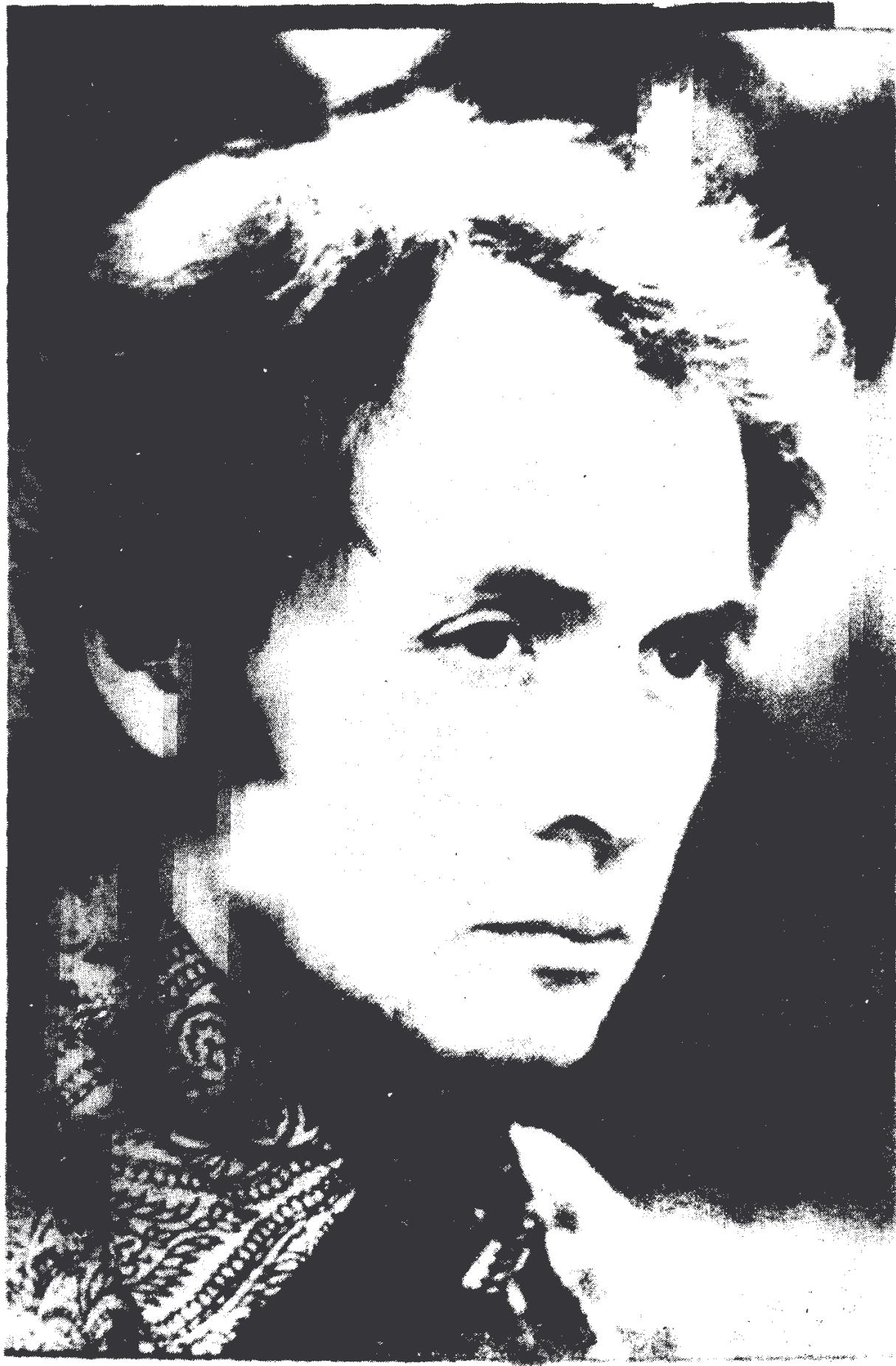
KONTEXT



BULLETIN SEKCE PRO RODINNOU TERAPII

PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI

V · 2 · 1989





K O N T E X T

Bulletin sekce pro rodinnou terapii

Psychiatrické společnosti České lékařské společnosti

Vydává

Metodické a studijní středisko sekce
v Dubí u Teplic

Řídí **MUDr. Petr Boš** se spolupracovníky

Schváleno výborem Psychiatrické společnosti ČLS
/předseda prof. MUDr. Jan Mečíř, DrSc./

Povoleno odborem kultury SČKNV v Ústí nad Labem
pod č. o 350029386

Evidenční číslo ÚVTEI 86 037

Náklad: 300 výtisků

Příspěvky adresujte na:

Kontext - 417 01 Dubí 1, pošt. přihr. 14

Distribuce na vědeckých schůzích sekce
za úhradu podílu na režijních nákladech.
Zásilky vyřizuje PhDr. L. Kalousová,

Kvasnicova 4
149 00 Praha 4

Pouze pro vnitřní potřebu ! **Neprodejny.**

O B S A H :

Frontispice:

R.D.LAING (1927) jako rozhněvaný mladý muž: "Our families are slaughterhouses of our children ..."

I.	<u>Informace</u>	1
II.	<u>Domácí příspěvky</u>	
	P.Možný: Rodina a schizofrenie	4
III.	<u>Studijní texty</u>	
	C.Madanès: Strategická terapie schizofrenie	21
	W.R.McFarlane: Systémová rodinná terapie schizofrenie	43
IV.	<u>Glosy</u>	
	P.Boš: Stierlinův dialektický model separačního procesu v adolescenci	69
V.	<u>Periodica</u>	
	Přehled periodik o RT	77
	Zeitschrift für systemische Therapie, ročník 1988	78
VI.	<u>Poslední stránka</u>	
	Nižší nervová činnost	82

+ + + + +

Zahraniční dopisovatelé:

Donald A.Bloch (New York)
Jürgen Hargens (Meyn)
Hugh Jenkins (london)
Karl Tomm (Calgary)

Kontext V - 2, 1989

I. Informace

NA VĚDOMOST SE DÁVÁ,

že v prosinci 1988 se při sekci pro rodinnou terapii narodila "Pracovní skupina pro systemickou manželskou a rozvodovou terapii". Iniciátorem a dobrým porodním dědcem této skupiny je prim. MUDr. Petr Boš, jejími kmotry a koordinátory prvních krůčků PhDr. Ivo Plaňava a já.

Zrod této pracovní skupiny, jejíž zkratku potlačuji (na rozdíl od Iva), nebyl zbaven porodních bolestí. A tak přišla po několika letech rozhodování na svět mírně přidušená (po tолика rocích manželské terapie u nás!), se slabší, ale úpornou novorozeneczkou (kam s manželskou terapií v systému psychoterapie v Čechách i na Moravě?) a se jménem, z něhož - jak doufám - vyroste (za ně může Ivo).

Milým překvapením je, že se do 13. března 1989 přihlásilo do rodiny této skupiny celkem 61 členů, z toho 21 členů, kteří chtějí aktivně spolupůsobit na její činnosti a růstu. Dostali jsme mnoho zpráv, byli jsme označeni za skupinu SYstematickou, SYstémovou, SYmptomatickou, SYmpatickou a SImplexní. Někteří z členů vznikavší rodiny této skupiny napsali obsáhlější dopisy, dostali jsme i údaje o rozdílech jednoho z nás (výška 193 cm, váha 104 kg - hle, jak budeme silní!). Jeden z dopisů nám nabízí nový název, vycházející - žel - z existujícího "Servisního střediska systémového bednění".

Byly však i ohlasy vážnější: obavy z elitarství, opakováný zájem o specializovaný výcvik, informace o vlastní praxi. Přišlo i několik ohlasů - řekl bych - ryze českých: "Přihlásím se, ale ještě ne, takže mě ved v patnosti, ale neved mě, pokud se neukáže, jaké to bude"

Kontext V - 2, 1989

O tom, jaké to bude, se rozhodne postupně: a záleží na nás všech. Prvně se představíme a o cílech a plánech naší skupiny si řekneme na schůzi sekce pro RT v Praze 19.9. t.r. Tváří v tvář se sejdeme a mezi sebou si popovídáme na 3. sympoziu RT v Teplicích v prosinci t.r. Tam, jak věřím, začneme budovat prostor pro možnost naší spolupráce.

Podaří-li se to, měla by naše pracovní skupina nám - prahnoucím a někdy vyprahlým manželským terapeutům a jejich přátelům z jiných oblastí psychoterapie - dodávat životodárnu vláhu, svěže vyvěrající nejen z vážných odborných prací

To bych přál nejen sobě,

Zdeněk Rieger

+ + + + +

III. SYMPOSIUM O RODINNÉ TERAPII

"Spojitosti a perspektivy"

Symposium se bude konat v lázeňském sanatoriu Fučík a přilehlých objektech v Teplicích v Čechách, 12.-15.prosince 1989.

Tematické okruhy:

- Problematika profesionálních a neprofesionálních intervencí do rodinného systému; terapeuti, poradci, výchovatelé a jejich rodiny, výcvik, růst, sociální bariéry;
- Problematika interakcí v širších ekosystémech (rodina-instituce, rodina a škola, rodina a společnost, sociální problémy rodin -)
- Problematika interakcí uvnitř rodinného systému (přechodová období, krize, nemoc a rodina, generační vztahy -)
- Problémy současnosti (rozvodovost, toxikomanie, AIDS, a j.)

Kontext V - 2, 1989

Symposium bude zahájeno v úterý 12.prosince 1989 v 9,00 hodin. Registrace a ubytování účastníků začne v pondělí 11.12. od 18,00 hodin.

Ubytování a stravování zajišťují Československé lázně, Teplice. Denní strava cca 35,- Kčs, jednolůžkový pokoj 50,- Kčs, dvoulůžkový 37,50 Kčs. Účastnický poplatek 100,- Kčs pro členy České lékařské společnosti, 140,- Kčs pro ostatní bude uhrazen složenkou, kterou obdrží přihlášení spolu s dalšími informacemi. Přihlášky zasílejte nejpozději do 15.června 1989 na adresu: prim.MUDr.Jan Špitz, Dětská psychiatrická klinika, 150 18 Praha 5 - Motol, V úvalu 84.

Za přípravný výbor:

prim.MUDr.Petr Boš, v.r.

předseda sekce pro rodinnou terapii

+ + +

Po uzávěrce

Abonenti Kontextu 1989, kteří dosud neobdrželi 1.číslo, přihlašte se na adresu: MUDr Lenka Kalousová, 149 00 Praha 4, Evropská 4. Veškeré finanční příspěvky na produkci tuljetinu zasílejte výhradně na tuto adresu ! Za řádky, řeďané jiným osolám, distributori kerou !

Kontext V - 2, 1989

II. Domácí příspěvky

RODINA A SCHIZOFRENIE

(Příbuzní schizofrenního pacienta - spojenci či protivníci psychiatra?)

MUDr. Petr Možný, PL Kroměříž

Pokud jde o schizofrenii, od dob Kraepelinových a Bleulerových nejsme o mnoho dál v poznání podstaty této závažné nemoci. Klasici psychiatrie ji postulovali jako nosologickou jednotku a předpokládali, že jejím podkladem je určitý morfologický či biochemický defekt v mozku pacienta. Přes intenzivní výzkum v tomto směru se však nepodařilo žádný specifický defekt nalézt a schizofrenii je možno i v současné době diagnostikovat pouze syndromologicky - t.j. jako soubor určitých klinických příznaků, jejichž vymezení se u různých autorů a psychiatrických škol poněkud liší. Nemáme dosud žádnou obecně uznávanou teorii, která by vysvětlovala vznik a průběh této nemoci. Schizofrenie "se stala hřbitovem desítek nadějných biochemických teorií" (Iversen, 1978) - ať jde o hypotézy předpokládající zvýšenou aktivitu dopaminergních neuronů v mesolimbickém systému či hypotézy patologických endogenních halucinogenů vznikajících v mozku nemocných. Otevřeny zůstávají i hypotézy o virovém původu schizofrenie a teorie o lokalizaci poruchy v dominantní mozkové hemisféře. Kromě těchto "biologických" teorií vznikla ve druhé polovině tohoto století řada teorií "psychologických" či psychosociálních", které vysvětlovaly schizofrenii jako výsledek vlivu patologických mezilidských vztahů, které na nemocného působily především v jeho dětství. V současné době převládá názor, že vznik schizofrenie není možno vysvětlit jedinou příčinou, ale že jde o souhru řady dílčích faktorů. Jednotliví autoři se však liší v tom, kterým faktorům přiřítají

Kontext V - 2, 1989

vliv rozhodující a které považují za přídatné.

Pokud však na poli výzkumu příčin schizofrenie nedošlo dosud k očekávanému "průlomu", velký pokrok nastal ve druhé polovině tohoto století ve způsobu léčení a rehabilitace schizofrenie. Objev neuroleptik a pozornost věnovaná problému hospitalismu znamenaly radikální zlom v názorech na možnosti léčebného ovlivnění této nemoci a výrazně zlepšily prognózu velké většiny nemocných. Avšak od konce 60. let nedošlo ani v této oblasti k dalším převratným objevům.

Vývoj se nyní ubírá směrem k rozšíření palety psychofarmak, aniž by nové preparáty výrazně předčily a vytlačily z užívání původní preparáty. Rovněž v oblasti rehabilitace dochází již jen ke kvantitativnímu rozširování forem péče, které byly již zavedeny dříve - ať jde o denní a noční sanatoria, chráněné dílny, výukové rehabilitační programy atd. Původní optimismus poněkud opadl, když se ukázalo, že vzdor pravidelné medikaci řada pacientů nezvládá nároky běžného života a opakováně se vraci zpět do psychiatrických zařízení a že v žádném případě nelze mluvit o úspěšném zvládnutí této nemoci.

Od začátku 80. let však došlo k výrazné změně názorů v jedné oblasti týkající se schizofrenie - jsou to názory na úlohu rodiny při vzniku a průběhu nemoci.

Psychiatři přicházející do kontaktu s rodinami svých schizofrenních pacientů si již dávno všimli, že i rodiče či jiní příbuzní žijící s nemocným vykazují řadu podivností v jednání a způsobech komunikace. První, kdo se tímto problémem zabýval podrobněji, byla Fromm Reichmanová, která koncem 40. let razila termín "schizofrenogenní matka". Přes svou vážnost se tento termín ujal a rozšířil v psychiatrické obci velmi rychle.

Kontext V - 2, 1989

Propracovanější a ucelenější teorie o tom, jak může rodinné prostředí vést ke vzniku schizofrenie vytvořili Bateson, Lidz, Wynne, Laing a Selvini Pallazoliová.

Bateson předpokládal, že příčinou schizofrenie je patologický způsob komunikace s dítětem ze strany rodičů, který je charakterizován tzv. "dvojnou vazbou", t.j. nesouladem mezi verbálním a neverbálním obsahem sdělení. Dítě není schopno rozeznat na kterou složku sdělení má reagovat a at zareaguje jakkoli, vždy je kárano, že reaguje špatně. Dítě se z této neřešitelné situace snaží uniknout tak, že odpovídá zmateně a nesmyslně a nesmyslně způsoby komunikace přenáší i do prostředí mimo rodinu. Bateson tedy považuje schizofrenii za naučený způsob myšlení a jednání u původně zdravého jedince.

Lidz na základě svého studia rodin se schizofrenním potomkem popsal dva typy rodinné struktury, které považoval za specifické u schizofrenie. První typ nazval "manželský rozštěp" (marital schism), v těchto rodinách každý z rodičů sleduje vlastní prospěch bez ohledu na potřeby druhého. Oba rodiče mezi sebou soupeří o přízeň dítěte, aby získali ve svém vzájemném boji spojence. Tento typ rodiny se podle Lidze obvykle vyskytuje u ženských pacientek. Druhý typ nazval "manželská nerovnováha" (marital skew). V těchto rodinách byl obvykle otec pasivní, zcela ustupoval chování matky, která v rodině dominovala. Tento typ rodiny byl obvyklý u mužských pacientů. Otec v těchto rodinách nebyl dobrým představitelem mužské role a matky hledaly u svých synů emocionální uspokojení, které ne-nalezly u svých manželů. V obou typech rodin se stíraly obvyklé mezigenerační hranice a děti byly vystaveny silné úzkosti z incestních vztahů. I Lidz tedy chápe schizofrenii jako

Kontext V - 2, 1989

naučené nepříležitavé chování. Hlavní důraz však klade na poruchy v plnění obvyklých rolí, i když si věímá i poruch v komunikaci.

Wynne si při svém studiu rodin schizofreniků věíml, že členové těchto rodin navenek velmi zdůrazňovali své pocity vzájemnosti a svoji snahu plnit navzájem svá očekávání, ačkoliv vnějšímu pozorovateli bylo zjevné, že o skutečnou vzájemnost nejde. Wynne charakterizoval vztahy mezi členy těchto rodin termínem "pseudovzájemnost". Ve skutečně vzájemném vztahu partneři respektují svou odlišnost a dokáží akceptovat even-tuální vývoj druhého. Pseudovzájemný vztah je naopak charak-terizován rigiditou a každá změna jednoho z účastníků vede k pocitům silného napětí. Pseudovzájemný vztah proto nelze rozvíjet a přitom je velmi obtížné se jej vzdát. Je emocionál-ně silně nabity, brání rozvoji jednotlivce a znesnadňuje získá-vání nových interpersonálních zkušeností. Komunikaci v rodinách schizofreniků popisuje Wynne jako fragmentovanou, v níž dochází k irracionálním skokům. Členové těchto rodin nejsou schopni sdílet společné zájmy. Role v těchto rodinách jsou jednak ri-gidní, jednak nejasné a dvojznačné. Rodina se vydává za sobě-stačný sociální systém a rodiče brání dítěti ve styku s lidmi mimo rodinu. Wynne hovořil o tzv. "gumové ohradě", která brání dítěti rodinu opustit. Wynneho pojetí schizofrenie je tedy také směsí teorie role a teorie komunikace, přičemž na rozdíl od Lidze kládl větší důraz na poruchy v komunikaci. Wynne vy-vinul i nástroj k měření poruch komunikace v rodinách a tyto poruchy označil jako "komunikační deviaci".

Laing ve svých prácích o rodinách se schizofrenními členy používá termín "mystifikace". Mystifikace je nástrojem, jímž

Kontext V - 2, 1989

se jeden člověk snaží ovládat druhého. Dělá to tak, že opakovaně podsvou vlastní přání a motivy jako přání druhého. Podle Lainga rodiče v těchto rodinách ignorují skutečné pocity a přání dítěte, diskvalifikují je jako falešné a nepravdivé a vnučují mu místo toho pocity a přání vlastní. Dítě je tím zmateno, protože si není jisté zda má věřit sobě nebo rodičům. Nevýzná se v sobě ani v druhých a jeho chování je proto neadekvátní situaci. Toto chování pak rodiče označí jako nemoc a dítě je předáno do psychiatrických institucí k léčení.

Psychiatři svým přístupem toto "označkování" dítěte potvrzuji. Laing odmítá chápát "schizofrenii" jako nemoc, ale považuje ji za "nálepku", kterou jsou označeni jedinci, kteří se vymykají existujícím strukturám jak v rodině, tak šířeji i ve společnosti. Za nemocného nepovažuje jedince, který produkuje psychotické příznaky, ale jeho rodinu nebo i společnost v níž žije.

Selvini Pallazoliová popisuje rodiny schizofreniků ve své knize "Paradox a protiparadox" (1978). "Schizofrenii" nepovažuje za nemoc, ale za určitý vzorec rodinné komunikace. Hovoří o tzv. "rodině ve schizofrenní transakci". Dvojice ve schizofrenní transakci soupeří o nadvládu, ale žádný z nich nikdy nemůže přiznat porážku. Tato transakce je proto neukončitelná, protože odejítí ze vztahu by znamenalo porážku. V extremlním případě může jeden člen transakce sdělovat, že vztah je pro něj již tak nesnesitelný, že se z něj stahuje. Stává se odcizený, bez zájmu, reaguje neadekvátně, t.j. má příznaky "schizofrenie". Podle Pallazoliové schizofrenní člověk svým chováním sděluje. "Nejde o to, abyste něco jinak dělali, ale o to abyste byli jiní. Jenom tak mi můžete pomoci,

Kontext V - 2, 1989

abych se stal tím, čím nejsem, ale čím bych mohl být, kdybyste vy nebyli takoví, jací jste". (cit. dle Barker, 1981).

Tyto teorie znamenaly výrazný posun v názorech na to, co je to vlastně "schizofrenie". Záluhou těchto výzkumníků zůstává, že upozornili na to, že vznik a průběh schizofrenie je výrazně ovlivňován psychologickými a sociálními faktory a že stav nemocného do velké míry závisí na tom, s jakými reakcemi se setkává ve svém nejbližším okolí, tedy obvykle v rodině. Všichni tito autoři však postupovali roli rodiny jako negativní a patologické způsoby komunikace ("dvojné vazby", "komunikační deviace") považovali za vlastní příčinu vzniku schizofrenie. Rodiče, především matky, byli viněni z toho, že svým dětem neumožnili normální rozvoj a způsobili u nich vznik schizofrenie. "Schizofrenie" je podle těchto teorií vlastně naučený způsob chování, které je normální reakcí na nenormální rodinné vztahy. Tito autoři neuvažovali možnost, že by mohlo dojít k onemocnění schizofrenií u člena dobře fungující rodiny.

Není divu, že pod vlivem těchto teorií měli psychiatři a řada z nich dosud má, nepříliš přátelský postoj k rodičům svých pacientů a považovali je za protivníky, kteří svým jednáním mří snahu lékaře o uzdravení pacienta. Psychiatři se proto snažili často izolovat pacienta od rodiny a uzavírali s ním koalici proti jeho rodičům. Psychiatr se svým podpůrným vlivem snažil kompenzovat škodlivé působení rodinného prostředí. V rámci individuální terapie se pak snažili restrukturovat jeho způsob jednání a komunikace. Pokud autoři sdílející tyto teorie pracovali s celou rodinou (Haley, Madanesová) pak se snažili měnit postoje a vztahy členů rodiny skrytě, aniž by

Kontext V - 2, 1989

o tom s rodinou otevřeně hovořili. Podle Halye "rodina nemusí vědět co se děje, hlavně když to ví terapeut" (cit. dle Hatfield, 1984). Terapeut tedy v rámci rodinné terapie manipuluje rodinou tak, aby to podle jeho názoru přineslo co největší prospěch pacientovi. Předpokládalo se, že při úspěšné terapii dojde k vykřičení schizofrenie. O požadavcích a prospěchu ostatních členů rodiny se při této terapii příliš nehovoří.

Kritika těchto teorií se zaměřila na jejich metodologické nedostatky. Studie, ze kterých tyto teorie vycházely, zahrnovaly obvykle jen malý vzorek pacientů, šlo tedy o značně odvážné generalizace. Obvykle nebyla sledována kontrolní skupina, takže zůstávala otevřená otázka specifity získaných nálezů. Další námitka proti těmto teoriím spočívala v tom, že i když přesvědčivě prokážeme, že v rodinách se schizofrenním členem jsou určitým způsobem patologické rodinné vztahy, není možno stanovit, zda tyto vztahy předcházely vzniku nemoci a mohou být tedy její příčinou, nebo zda nejsou až následkem soužití s nemocným jedincem. Poukazovalo se též na to, že podobné poruchy v komunikaci a v plnění rolí se vyskytují i v rodinách, kde nikdo duševně neonemocní, zatím co v řadě rodin schizofreniků je není možno nalézt. Genetické studie zase prokazují, že pouze sociální faktory nepostačují k vysvětlení vzniku schizofrenie. Shields (1982) uvádí, že "nebyly nalezeny žádné faktory vnějšího prostředí, které by zvyšovaly riziko vzniku schizofrenie u jedince, který nemá v příbuzenstvu nikoho s touto nemocí". V současné době jsou tedy uvedené teorie považovány za neprokázané a mají spíše historickou hodnotu - což ovšem neznamená, že neobsahují řadu cenných postřehů, které obohatily současné chápání problému schizofrenie.

Kontext V - 2, 1989

Nový přístup k problému "vztahu rodinného prostředí a schizofrenie - studie o "vyjadřovaných emocích" (EE)

Z jiného konce a z jiných příčin se začal problémem úlohy rodiny při vzniku a průběhu schizofrenie zabývat výzkumný tým vedený Brownem. Zavedení neuroleptik v léčbě schizofrenie umožnilo koncem 50. let propustit z psychiatrických zařízení velké množství pacientů. Brzy se však ukázalo, že zlepšení jejich stavu v chráněném nemocničním prostředí bylo pouze dočasné. Řada pacientů se nedokázala přizpůsobit nárokům běžného života, jejich psychotické příznaky se vracely a oni se opakováně vraceли k hospitalizaci - hovořilo se o tzv. "fenomenu otáčivých dveří". Brown zjistil, že pacienti, kteří se po propuštění vraceли zpět do svých rodin se vraceli k hospitalizaci dříve a v horším stavu než pacienti, kteří žili o samotě (Brown, 1959). V další studii se zaměřil na otázku, které faktory rodinného prostředí nejvíce přispívají ke zhoršení psychického stavu pacienta. Odpověď hledal v emoční atmosféře rodiny. Vyvinul řadu stupnic na hodnocení hostility, kriticismu, dominance a submisivity, emoční angažovanosti atd. ve vzájemných vztazích mezi pacientem a těmi, s nimiž žije a sledoval, které charakteristiky emočních vztahů se nejvíce pojí s relapsem schizofrenie (Brown, 1962). Zjistil, že pro pacienta je nejškodlivější, když vůči němu příbuzní zaujmají buď silně kritické až hostilní postoje, nebo pokud jsou vůči němu silně emočně angažovaní, snaží se všechno dělat za něj a neumožňují mu žádnou autonomii. Tyto nálezy potvrdil i v další, metodicky propracovanější studii z roku 1972 (Brown, 1972). V této studii použil poprvé pojem "vyjadřované emoce" (expressed emotions, EE),

Kontext V - 2, 1989

který se v současné době stal velmi populárním. Brown shrnul příbuzné nadměrně kritické, hostilní a nadměrně emočně angažované do jediné skupiny "příbuzných se silně vyjadřovacími emocemi". Příbuzné, kteří tyto postoje vůči pacientům nevykazují, shrnul do skupiny se "slabě vyjadřovacími emocemi". Ve svých studiích ukázal, že tento "index EE" je nejlepším samostatným prediktonem průběhu schizofrenie po propuštění pacienta z nemocnice. Pacienti z rodin se "silně vyjadřovacími emocemi" měli během 9 měsíců po propuštění z nemocnice daleko vyšší četnost relapsů (50-60%) než pacienti z rodin se "slabě vyjadřovacími emocemi" (10-15%). Tyto nálezy potvrdili v dalších studiích v 70. letech i Leff a Vaughnová (1986), a v transkulturních studiích bylo prokázáno, že vazba mezi "vyjadřovacími emocemi" a relapsem schizofrenie platí i v jiných kulturních podmínkách než jsou v Anglii (Vaughnová a kol., 1984).

Vaughnová a Leff charakterizují rozdíly mezi oběma skupinami příbuzných takto /Vaughnová, Leff, 1986):

Příbuzní se "silně vyjadřovacími emocemi" (high-EE příbuzní) mají sklon se pacientům vnucovat, navazují s nimi kontakt i proti jejich vůli, nedokáží respektovat pacientovo soukromí. Příbuzní se "slabě vyjadřovacími emocemi" (low-EE příbuzní) naopak dokáží akceptovat, že pacient je uzavřený více do sebe, vyžaduje větší sociální odstup, že má svůj svět, který s nimi nesdílí. Nenabízejí nevyžádané rady a nenutí pacienta do něčeho na co se necítí. "Low-EE" příbuzní také chápou nemoc jako něco za co pacient nemůže a jeho chování tolerují jako projevy nemocné osoby. Často se snaží vcítit do pacientových prožitků, i když je nesdílí - dokážou si představit

Kontext V - 2, 1989

jak je to trýznivé, když člověk např. slyší hlasu, které mu vyhrožují. "High-EE" příbuzní jsou vůči pacientovým psychotickým prožitkům velmi netolerantní a tvrdohlavě pacienta přesvědčují o jejich neexistenci. Pacientovo chování považují spíše za projev lenosti, neochoty či zlomyslnosti než jako projev nemoci. Malá část nadměrně angažovaných příbuzných zase sdílí pacientovy bludy a podporují jej v nich. "Low-EE" příbuzní se dokáží smířit s tím, že pacient v důsledku své nemoci není schopen podávat takové výkony jako dříve. "High-EE" příbuzní však nedokáží potlačit své pocity zklamání či zlosti nad snížením pacientových schopností a opakovaně vyžadují po pacientovi víc než na co stačí. Všeobecně lze říci, že "low-EE" příbuzní se dokáží vyrovnat s faktem, že jejich dítě či manželský partner je vážně nemocný, že za své projevy nemůže a že jeho schopnosti nejsou takové jako byly dříve. Snaží se i za této situace vycházet s pacientem co nejlépe a udělat pro něj, co je v jejich silách, aniž by přitom omezovali jeho autonomii. "High-EE" příbuzní oproti tomu nejsou schopni se situaci přizpůsobit a reagují zlostí nebo se u nich vyvíjí patologicky silná emoční vazba na nemocného.

Vaughnová a Leff ve své studii též ukázali, že škodlivý vliv soužití s "high-EE" příbuzným může být kompenzován dvěma protektivními faktory pravidelnou neuroleptickou medikací a omezeným rozsahem bezprostředních kontaktů mezi pacientem a příbuzným (Vaughnová, Leff, 1976). Vzájemný vliv těchto tří faktorů na četnost relapsů schizofrenie je ukázán v tabulce 1. Jak je z ní vidět, četnost relapsů u pacientů z "high-EEù" rodin, kteří jsou chráněni oběma protektivními faktory

Kontext V - 2, 1989

současně, klesá na úroveň pacientů z "low-EE" rodin. Také z ní však vyplývá, že ani pravidelné brání léků nezabrání relapsu u velkého podílu pacientů s "high-EE" rodin.

Ve studiích o "vyjadřovacích emocích" se tedy ukázalo, že rodinné prostředí sice může mít na zdravotní stav schizofreniků škodlivý vliv, ale že v řadě rodin je neopak nemocným poskytována ochrana a pomoc, kterou by jen těžko získali někde jinde (podíl "low-EE" rodin se v jednotlivých souborech pohyboval od 30% do 50%). Ukázalo se tedy, že v rodině je ukryt významný pozitivní potenciál k péči o nemocné, který není ze strany profesionálních pracovníků využit. Po tomto zjištění byl již jen krok k myšlence, že je možné tyto schopnosti cíleně učit členy "high-EE" rodin a tím vlastně přenést značnou část péče o nemocné z psychiatrických zařízení do rodin.

S tímto cílem byla vypracována a provedena koncem 70. let a počátkem 80. let řada intervenčních programů, v nichž se výzkumníci snažili naučit kritické nebo nadměrně emočně angažované příbuzné jak jednat s pacientem tak, aby u něj nedošlo ke zhoršení jeho nemoci. Pro lepší představu, jakými postupy se terapeuti snažili dosáhnout změn v přístupu příbuzných k nemocným, popíšu nyní podrobněji program, který vypracovali a provedli Vaughnová a Leff (1985).

Ve svém terapeutickém programu se zaměřili specificky na změnu kritických a emočně angažovaných postojů příbuzných usilovali tedy o změnu jejich "vyjadřovacích nemocí". Vedlejším cílem byla snaha o omezení rozsahu kontaktů mezi pacientem a příbuznými. Pravidelnou medikaci zajistili u svých pacientů podáváním depotních neuroleptik. Do programu zahrnuli pouze

Kontext V - 2, 1989

rodiny se "silně vyjadřovacími emocemi", v nichž byl rozsah kontaktů mezi pacientem a příbuznými větší než 35 hodin týdně - tedy rodiny, v nichž pacientům hrozilo největší riziko relapsu. Přitom sledovali i kontrolní skupinu pacientů, kterým byla poskytována jen běžná ambulantní péče.

Celý program se skládal ze tří částí. První částí byl výukový program. Během čtyř sezení terapeut seznámil členy rodiny s tím, co je to schizofrenie, jak se projevuje, jaký je obvyklý průběh nemoci a jakým způsobem se léčí. Příbuzní byli poučeni o nezbytnosti pravidelného braní léků a o tom, které vlivy pacientovi prospívají a které mu škodí. Přitom se terapeuti vystříhali toho, aby rodinu jakýmkoli způsobem vinili ze vzniku choroby či špatného stavu nemocného. Příbuzní měli možnost se zeptat, pokud jim bylo něco nejasné nebo pokud je zajímalo ještě něco dalšího.

Druhou složkou programu byly skupiny příbuzných. Příbuzní se scházeli jednou týdně a diskutovali problémy spojené se soužitím se schizofrenním pacientem. Terapeuti měli původně v úmyslu zapojit do těchto skupin i "Low-EE" příbuzné, aby tito předávali své zkušenosti a způsob jednání s nemocným "high-EE" příbuzným. Pro malý zájem "low-EE" příbuzných se to však nepodařilo a roli učitelů museli převzít terapeuti, kteří předávali to, co se dozvěděli od "low-EE" příbuzných.

Třetí složkou programu byla sezení s celou rodinou, která se odehrávala v domácnostech pacientů. V těchto sezeních probírali terapeuti různé rodinné problémy a ve spolupráci se členy rodiny se členy rodiny se snažili nalézt jejich optimální řešení. Přitom se zaměřili na podporu vhodného

Kontext V - 2, 1989

chování a způsobu komunikace, posilovali vymezení hranic mezi členy rodiny a vedli pacienty ke zvyšování jejich autonomie a k přebírání odpovědnosti za sebe sama. Snažili se dosáhnout toho, aby členové rodiny spolu mluvili jasně a otevřeně, aby adresovali své přání přímo tomu, komu jsou určena a aby vyjadřovali své požadavky na druhé bez projevů kritičnosti či agresivity.

Celý program byl původně plánován na dobu 9 měsíců, pak bylo jeho trvání prodlouženo na dva roky. Dosažené výsledky byly velmi povzbudivé: aspoň jednoho z obou cílů, t.j. buď snížení "vyjadřovaných emocí" nebo omezení kontaktu mezi nemocným a příbuznými se podařilo dosáhnout u 75% rodin zapojených do programu. V kontrolní skupině mělo během 9 měsíců relaps 50% nemocných, během dvou let 78% nemocných. V experimentální skupině mělo relaps jen 8% během 9 měsíců a 14% během 2 let.

Další programy "rodinné intervence" pro rodiny schizofreniků vypracovali i jiní autoři. Tyto programy se liší jak rozsahem, tak specifickým důrazem na různé aspekty rodinných vztahů. Všechny však mají určité společné rysy. Všechny jsou zahajovány buď ještě během pacientovy hospitalizace nebo krátce po jeho propuštění. Zahrnují výukový program, v němž jsou příbuzným (v nepřítomnosti pacienta) podány informace o původu, průběhu, prognóze a léčení schizofrenie. V dalším ohledu se jednotlivé programy poněkud liší.

Goldstein (1984) se ve svém programu "krátkodobé rodinné terapii zaměřené na zvládání krizí" zaměřil na to, aby se členové rodiny naučili určovat události, které jsou pro

Kontext V - 2, 1989

nemocného stresující a aby se těmito událostem snažili předcházet. Pokud k takové události přece jen dojde, aby ji dokázali řešit tak, aby minimalizovali její dopad na nemocného. Terapeuti pracovali většinou behaviorálními metodami, včetně cvičení v komunikaci a přehrávání rolí.

Falloon (1981) se ve svém programu zaměřil hlavně na úpravu komunikace mezi členy rodiny a na to, aby se členové rodiny naučili konstruktivně řešit vzájemné problémy, tak aby mezi nimi nedocházelo k hádkám, které mají na nemocného nepříznivý vliv.

Program Berkowitzové a kol. (1981) zahrnoval práci se skupinou rodičů bez účasti nemocných. Terapeutická práce s těmito skupinami se zaměřila na tři oblasti: informace o schizofrenii, způsob, jednání s nemocným a na pocity příbuzných vůči nemocnému.

Program Andersona a kol. (1981) zahrnoval rozdílná sezení na klinice jednou za dva týdny po dobu 9 měsíců. Terapie se zaměřila na snížení rodinného napětí a podporu vhodného chování při řešení sporů v rodině. Terapeuti zdůrazňovali důležitost vymezení osobních teritorií a mezigeneračních rozdílů v rodině. Nemocný byl povzbuzován k postupnému, ale ne předčasnemu, přebírání odpovědnosti za sebe sama.

Během těchto programů bylo dosaženo výrazného snížení četnosti relapsů v porovnání s kontrolními skupinami nemocných. Tyto programy se zaměřily na rodiny, v nichž byl nemocný nejvíce ohrožen relapsem, t.j. na rodiny se "silně vyjadřovanými emocemi". V kontrolních skupinách byla četnost relapsů u pacientů, kteří pravidelně medikovali, během 9 měsíců 50 - 60%.

Kontext V - 2, 1989

Pokud tito pacienti navíc nebrali pravidelně léky, pak měl během této doby relaps téměř každý ($90 = 100\%$). U nemocných, jejichž příbuzní byli zahrnuti do některého z terapeutických programů, se četnost relapsů snížila na pouhých 5 - 10% a zůstávala nízká i během dalšího sledovaného období.

Tyto výsledky ukazují, že soustavná práce s příbuznými schizofreniků výrazně přispívá ke zlepšení průběhu schizofrenie. Přitom nedochází pouze ke snížení četnosti relapsů u pacientů, ale i ke zlepšení jejich sociální adaptace a ke zlepšení fungování celé rodiny. Není dosud zcela jasné, zda by u nemocných zařazených do programu rodinné terapie nebylo možno vystačit s nižšími udržovacími dávkami neuroleptik. Pokud by se to potvrdilo, pak by to mělo velký význam pro snížení závažnosti vedlejších účinků těchto léků a vedlo by to k dalšímu zlepšení prognózy u schizofrenie.

Tyto výsledky, dosažené v nedávných letech, vzbudily novou vlnu optimismu u klinických pracovníků, pokud jde o možnosti pozitivního ovlivnění průběhu schizofrenie a zlepšení úrovně sociální adaptace schizofreniků.

Programy rodinné intervence "nové generace" se v řadě aspektů liší od dřívějších snah vyléčit schizofrenii zahrnutím celé rodiny do terapeutického procesu. Prosazuje se názor, že rodina není jen příčinou zhoršení stavu schizofrenika, ale že naopak v mnoha případech poskytuje ochranné prostředí, které nemocnému umožňuje sociální zapojení na dobré úrovni. K podpoře tohoto názoru přispěly i studie dětí z izraelských kibutzů, tedy dětí, které vyrůstaly mimo tradiční rodinné struktury. Ukázalo se, že incidence duševních poruch, včetně

Kontext V - 2, 1989

schizofrenie, je u nich vyšší a průběh schizofrenie horší než u skupiny kontrolních dětí z normálních rodin (Nagler, Mirsky, 1985).

Na rozdíl od dřívějška se v současné době nepředpokládá, že by bylo možno rodinnou terapii schizofrenii vyléčit. Rodinné vztahy nejsou považovány za vlastní příčinu nemoci, ale pouze za jeden z nespecifických faktorů, které mohou zvýšit – nebo snížit – riziko vzniku nemoci u disponovaného jedince. Proto také úpravou rodinných vztahů není možno schizofrenii vyléčit, ale je tímto způsobem možno příznivě ovlivnit průběh nemoci a předejít dalším stakám. Nehovoří se proto mnohdy o "rodinné terapii", ale spíše o "práci s příbuznými" (Hubschmidt, 1985). Psychiatři přistupují k příbuzným svých pacientů jako ke svým partnerům při zvládání problémů spojených se schizofrenií (Hatfield, 1971). Psychiatr s příbuznými úzce spolupracuje, učí je během terapie, jak správně jednat s nemocným, poskytuje jim potřebné informace o charakteru nemoci. Při jednání s příbuznými se terapeuti snaží o maximální jasnost vynýbaří se používání odborných termínů a jakémukoli, byť i nepřímému, ovlivňování příbuzných z podílu na vzniku nemoci. Cílem je vytvoření atmosféry vzájemné lítvěry a porozumění mezi terapeutem a všemi členy rodiny. Touto spoluprací s příbuznými se pak terapeut nepřímo snaží o pozitivní ovlivnění stavu pacienta.

Své sdělení bych ukončil konstatováním, že v současné době není již možno popírat důležitost sociálních faktorů při vzniku a průběhu schizofrenie. Jakákoli teorie, snažící se o vysvětlení podstaty té o nemoci, je musí brát v úvahu.

Kontext V - 2, 1989

Rovněž je již v současné době jasné, že komplexní péče o schizofreniky není úplná, pokud nezahrnuje nějakou formu práce s příbuznými.

Kontext V - 2, 1989

III. Studijní texty

STRATEGICKÁ TERAPIE SCHIZOFRENIE

Cloé Madanes

(9.kapitola z knihy "Family Therapy in Schizophrenia",
ed W.R.McFarlane, Guilford Press, 1983)

V této kapitole popíšu metodu terapie, která je zaměřena na prevenci hospitalizace mladých lidí, diagnostikovaných jako schizofrenici. I když hlavním tématem je strategická terapie, začnu pojednáním o kontroverzní otázce: o diagnóze schizofrenie. V době, kdy se diagnostická kriteria mění, zvláště v oblasti schizofrenie, je nezbytné se nejdříve zabývat otázkou klasifikace, než se budeme zabývat subjektem terapeutické změny. V první části kapitoly proto uvádím charakteristiky souboru schizofrenních pacientů, jejich rodin a jejich sociálního kontextu. Ve druhé části popisují strategii určenou k prevenci institucionalizace. Tato strategie se zaměřuje na přesun moci uvnitř rodiny a mezi rodinou a zdravotníky. Nejdřív však musím probrat sociální otázky, včetně diagnózy schizofrenie.

Diagnóza

V poslední době dochází na poli duševního zdraví k revoluci. Je podobná hnutí za lidská práva, které před časem osvobodilo homosexuály ze zajetí označení duševní choroby a ještě předtím oprostilo ženy od takových diagnóz jako je nymphomanie. Tyto diagnózy nejen omezovaly svobodu v ideologickém slova smyslu, ale vedly někdy k takovým inkvizitorským léčebným postupům jako jsou elektrošoky, averzivní terapie a chemické vymývání mozku (v té době nebyla dosud k dispozici dialýza, proto nebyla u homosexuálů vyzkoušena). Nymphomanie vymizela,

Kontext V - 2, 1989

když se ženy assertivněji domáhaly svých práv. Homosexualita byla odstraněna z oblasti zájmu psychiatrie na historickém setkání v San Francisku. Od roku 1980 přijetím DSM III zmizely další dvě diagnózy. Již nás nemusí trápit neuroza - k velké úlevě řady z nás - a rovněž zmizela akutní schizofrenie. Neurotici a akutní schizofrenici byli nyní osvobozeni. Avšak schizofreniformní pacienti, kteří se neuzdraví do 6 měsíců a jednoho dne, jsou automaticky označeni za chronické a nevyléčitelné. Jakou změnu může znamenat jeden jediný den!

Máme naději, že se chronická schizofrenie ztratí z obzoru, tak jako zmizela homosexualita, nymphomanie, neuroza a akutní schizofrenie? V současné době se to nezdá možné, ale existují náznaky, že je něco ve vzduchu.

V oblasti diagnózy se objevují náznaky změny. Bývalo zvykem, že se při rozdelení pacientů do podskupin braly do úvahy pouze charakteristiky pacienta. Nedávno začala být při stanovení diagnózy a prognózy nemoci brána v úvahu i rodina pacienta. V současné době bereme při stanovení diagnostických podskupin v úvahu nejen pacienta a jeho rodinu, ale též postoj zdravotníků v oblasti psychiatrie. Došlo k tomu v důsledku dvou historických trendů: tendencí propustit pacienta co nejdříve z hospitalizace a zpráv o ireversibilním neurologickém poškození pacientů v důsledku antipsychotické medikace.

Podle postoje k těmto dvěma problémům je možno rozdělit zdravotníky v oblasti duševního zdraví. Na jednom konci jsou ti, kteří pracují ve státních ústavech a jsou pod tlakem, aby pacienta co nejdříve propustili. Na druhém konci ti, kteří

Kontext V - 2, 1989

nejplnější. Pokud jde o medikaci, na jednom konci jsou ti zdravotníci, kteří si myslí, že je lepší být psychotický než mít poškozený mozek, na druhém konci ti, kteří si myslí, že je lepší smířit se s poškozením mozku než být psychotický.

Typ I: Paranoidní schizofrenie se špatnou prognózou

Tito pacienti trpí bludy, že jejich rodina či personál v nemocnici se je snaží ovlivnit, uškodit jim nebo je zneužít. Během hospitalizace dostávají tito pacienti obvykle vysoké dávky léků, aby jejich příznaky ustoupily a aby bylo možno s nimi navázat terapeutický vztah. Rodiče či partneři projevují ochotu a zájem, dikud je pacient v nemocnici, ale brzy po propuštění se u nich objevuje strach a úzkost a žádají další hospitalizaci a medikaci. Prognóza těchto pacientů je středně špatná až velmi špatná, podle toho, který typ zdravotníků o ně peče. Prognóza je horší, pokud jsou v péči zdravotníka, který sice zastává humánní názory v oblasti rasové a sexuální diskriminace, trestu smrti, ale nepovažuje za eticky sporné diagnostikovat nevyléčitelnou schizofrenii (na základě toho že do 6 měsíců a 1 dne nedošlo k uzdravení) a tím odsoudit mladého člověka, aby s touto nálepkou žil možná dalších 40 až 50 let. Je jen naděje, že v této oblasti dojde k další liberalizaci a časový limit pro stanovení nevyléčitelné nemoci bude prodloužen na 7 měsíců.

Prognóza je rovněž špatná, pokud je pacient v soukromé léčebně, v péči lékaře, který ordinuje vysoké dávky léků, protože považuje psychozu za horší než poškození mozku. Nejlepší prognózu mají ti pacienti, kteří jsou ve státních nemocnicích, odkud mají naději na rychlé propuštění bez řádné

Kontext V - 2, 1989

další péče, přestanou sami brát léky a změní místo bydliště a zaměstnání.

Některé rodinné okolnosti mají vliv na prognózu:

1. Prognóza je lepší, pokud rodina nemá z nemoci žádné finanční výhody.
2. Pozitivní vliv má skutečnost, že rodič či partner pacienta není nemocen, nezaměstnaný, v důchodu či v péči psychiatra.
3. Prognóza je lepší, pokud má pacient problémového sourozence, který od něj samotného odvrací pozornost rodiny.
4. Prognóza je rovněž lepší, pokud rodič či partner pacienta nebyli informováni, že pacient je nevyléčitelně nemocný a že musí brát celý život léky a že se s tímto stavem věci musí smířit. Když zdravotníci přirovnávají duševní nemoc k takovým chronickým nemocem jako je diabetes, pak je prognóza pacienta špatná.
5. Prognóza příznivě ovlivňuje, pokud je jeden z rodičů hodný, zatímco druhý rodič odmítavý, nebo když oba rodiče pacienta otevřeně odmítají (než když jsou rodiče střídavě nadměrně povolení a neuvěřitelně krutí, jak to často bývá).

Když se v rodině vyskytuje více těchto nepříznivých okolností současně, pak se u pacienta objevují dramatické období spontánní remise.

Typ II: Schizofrenie, simplexní typ

Tito pacienti se vyznačují extrémní leností a odmítají chodit do práce. U členů rodiny to obvykle vyvolává podrážděnost a přesvědčení, že o pacienta je třeba pečovat, protože je nevyléčitelně nemocný a nemůže za své chování. Medikace v těchto případech obvykle nevede ke zlepšení terapeutického vztahu,

Kontext V - 2, 1989

takže jsou tito pacienti často uchráněni před poškozením mozku. Místo toho dostávají antidepresiva nebo lithium, takže jsou poškozeni jen málo. Prognóza těchto pacientů je špatná, pokud je pacient v soukromém sanatoriu, kde zůstává dlouhou dobu, protože je podrobivý a učenlivý (pokud se po něm nechce, aby nastoupil do práce). Prognóza je o něco lepší, pokud je pacient ve státní nemocnici, odkud je po čase vzhledem k tlaku na lůžka propuštěn bez ohledu na svou podrobivost.

Typ III: Schizofrenie se sníženými příznaky

Jde o skupinu, u níž je prognóza vcelku dobrá i v těch případech, které byly původně diagnostikovány jako paranoidní či simplexní schizofrenie. U těchto pacientů se kromě schizofrenních příznaků objevuje řada dalších, jako jsou epileptické záchvaty, mentální retardace, hluchoněmost a podobně. Tyto případy jsou často mylně považovány za beznadějně, ale ne kvůli šílenství. Tito pacienti se špatně adaptují na nemocniční prostředí, nereagují na antipsychotickou medikaci a denní sanatoria je odmítají. Často se musí o tyto pacienty starat rodina, což je příznivé prognostické znamení. Do této skupiny patří též schizofrenici, kteří současně berou drogy a jejich prognóza je lepší, neboť příznaky drogové závislosti vyvolávají pochybnosti o diagnóze schizofrenie. Existuje doménka, že pacienti tyto příznaky úmyslně rozvíjejí, aby zmátli rodinu i zdravotníky a tak zlepšili svoji situaci.

Toto rozdělení schizofrenie do 3 typů pomáhá pochopit zdroje moci nad pacientem v konkrétním případě, stejně jako moc pacienta nad druhými, takže je pak možno plánovat strategii vedoucí ke změně.

Kontext V - 2, 1989

TERAPIE

Adolescent či mladý dospělý člověk je často diagnostikován jako schizofrenik, když se chová bizardně či agresivně, poškozuje se nebo je extrémně apatický. Rodina i společenství často reagují tak, že tyto mladé lidi umístí do psychiatrické léčebny. Poté se všichni zklidní a mladý člověk se vrací z léčebny zpět. Pokud znova působí potíže a je znova hospitalizován, pak nastoupil karieru duševně nemocného. Cílem terapeuta je přerušit tento cyklus hospitalizací a rehospitalizací.

Chování, které vede k hospitalizaci, je možno chápát jako výraz vnitřních konfliktů pacienta, jako důsledek chemické poruchy v jeho mozku nebo jako důsledek nešťastné kombinace genů. Avšak když se zamyslíme nad tím, jaké následky plynou z tohoto chování pro mladého člověka a pro jeho rodinu, pak získáme jinou perspektivu. Poruchy chování a následné hospitalizace udržují pacienta a jeho rodiče ve stavu specifické závislosti. Pacient je zdrojem neustálých starostí rodičů a přitom vztah k rodičům je jediný důležitý vztah, který pacient má. Rušivé chování, opakována selhání a problémy z toho plynoucí se stávají hlavním tématem v životě rodičů. Všechny ostatní problémy, které snad rodiče mají, jsou odsunuty stranou, neboť jsou méně důležité ve srovnání s životní tragédií jejich dítěte. Rodiče zapomínají na vlastní neshody a drží pohromadě, aby pomáhali svému dítěti. V tomto smyslu tedy poruchy chování dítěte pomáhají rodičům. Tento způsob pomoci je však nešťastný, protože pouze odvádí pozornost od problémů rodičů a tím znemožňuje jejich řešení.

Kontext V - 2, 1989

Poruchy chování u mladého člověka mohou nabýt formy pasivní hrozby, že se zase zblázní, že si něco udělá, nebo i fyzického násilí vůči rodičům. Rodiče nejsou schopni mu pomoci, protože mají strach, že mu škodí nebo že on uškodí jim. Když se mladý člověk chová normálně, pak ztrácí moc, kterou mu hrozba ne-normálního chování dává nad rodiče. Je sice nesvě právný a závislý na rodičích pokud jde o jídlo, peníze a chránu a rodiče jsou v dominantní pozici, neboť se o něj starají; současně však mladý dominuje nad svými rodiči pomocí hrozby nebezpečného chování. V tomto smyslu tedy existují v rodině dvě inkongruentní hierarchie současně.

Je možné, že poruchy chování u mladého původně rodičům pomáhaly. Avšak důsledkem tohoto chování vzrůstá moc mladého nad rodiče. Když se rodiče snaží ustavit původní hierarchii pomocí prostředků sociální kontroly (policie nebo psychiatrické léčebny), mladý je hospitalizován a tím jeho bezmoc roste. To mu však paradoxně dává více moci nad rodiče, neboť ti musí svou pozornost soustředit na něj a pomáhat mu. Pomoc ze strany rodičů však legitimuje bezmoc a nekontrolovatelnost chování mladého a tím přispívá ke zvýšení jeho moci, která z této bezmocnosti plyně. Tak vzniká začarovaný kruh, který se během doby stále upevňuje, zvláště pokud je mladý označkován jako "schizofrenik".

Zde mělo toto chování mladého původně ochrannou funkci a bránilo rozchodu rodičů, nebo zda bylo od počátku zaměřeno na získání moci v rodině, není důležité. Pokud chceme tento problém vyřešit, pak je třeba ustavit původní hierarchii v rodině, ve které mladý nedominuje nad svými rodiči díky své bezmoci a poruchám chování.

Kontext V - 2, 1989

Problémem terapeuta tedy je, jak přimět mladého, aby se vzdal svého nenormálního chování, které je základem jeho moci. To nemůže udělat terapeut přímo. Mladý má moc nad rodiči a musí to být sami rodiče, kteří mu ji opět odejmou.

Terapii těchto obtížných případů je možno rozdělit do několika fází. V první fázi terapeut stanoví pravidla a cíle terapie: zabránit další hospitalizaci a vrátit mladého do školy nebo do práce. Rodiče vyzve, aby za mladého rozhodovali a aby převzali kontrolu nad tím jak žije. Ve druhé fázi rodiče na tyto požadavky terapeuta reagují snahou vyhnout se převzetí moci nad mladým. Terapeut musí provéď různé protimanévry, aby udržel odpovědnost rodičů za mladého. Ve třetí fázi obvykle dojde ke krizi, v níž mladý vystupňuje své nenormální chování. Může hrozit sebevraždou a rodiče uvažují o hospitalizaci. Terapeut musí nabízet alternativy hospitalizace a podporovat rodinu během krize. Ve čtvrté fázi se mladý začne chovat normálně a postupně se osamostatňuje od rodiny i od terapeuta.

V dalším textu probereme tyto čtyři fáze podrobněji.

První fáze

Před prvním setkáním musí terapeut zařídit, aby za celý případ zodpovídal pouze on a mohl to rodině jasně sdělit. To znamená, že musí rozhodovat o medikaci, propuštění i rehospitalizaci. Pokud terapeut není lékař, pak se musí dohodnout s ošetřujícím lékařem, aby jej tento v jeho rozhodnutích podporoval. Rodiče musí jasně říci co od mladého očekávají po jeho návratu z nemocnice, zvláště pokud jde o to kde bude bydlet a co bude dělat. Nejlepší je, když se mladý

Kontext V - 2, 1989

vrátí z nemocnice bydlet ke svým rodičům. Pak je možno reorganizovat rodinnou hierarchii způsobem, který nakonec umožní mladému, aby své rodiče úspěšně opustil. Rodině je třeba vysvětlit, že mladý v té době potřeuje uje vedení a podporu rodičů. Rodiče se musí dohodnout na pravidlech a očekáváních vůči svému potomkovi. To zahrnuje otázky spojené se zaměstnáním či školou, chováním doma i na veřejnosti, rozvrhem denních aktivit, plněním domácích povinností, požíváním alkoholu a drog atd. Tato pravidla musí být co nejpraktičtější a co nejspecifičtější. Rodiče musí též určit, jak budou postupovat, když mladý tato pravidla poruší. Podle závažnosti přestupku musí být postihy různě přísné. Pozdní návrat domů je možno potrestat snížením finančního příspěvku, zatímco užití drog si může vynutit domácí vězení. Mladý nesmí do této fáze, kdy rodiče určují pravidla a postihy, zasahovat.

Když se rodič na pravidlech a postizích dohodli, tlumočí je mladému, a to i v případě, že byl předtím diskuzi přítomen. Nejlepší je, když se od mladého podaří získat slib, že bude tato pravidla dodržovat. To však mladý většinou odmítá a žádá větší nezávislost. Terapeut pak musí jasně konstatovat, že nenormální chování mladého vedlo k jeho hospitalizaci a že jej nyní musí rodiče vést tak dlouho, dokud se nedokáže chovat jako zodpovědná osoba.

Když je hlavním problémem mladého člověka apatie, pak musí rodiče stanovit pravidla, která podpoří jeho aktivitu, a postižit, pokud tato pravidla nebude dodržovat. Často je nutné stanovit termín pro dosažení určitého cíle, jako např. nalezení zaměstnání. Pokud mladý tento termín nedodrží, musí být předem stanoveno, jak bude potrestán. Teprve až začne

Kontext V - 2, 1989

být mladý více aktivní, přestane být apatický.

Pokud se mladý v minulosti uchyloval k násilí, bizardnímu chování či zneužívá drog a alkoholu, je třeba počítat s tím, že by se to mohlo v budoucnu opakovat. Takové chování je třeba označit za zlobení a ne za duševní chorobu, takže je musí řešit rodiče a ne zdravotníci. Je třeba naplánovat přísné tresty, aby se mladý bál se k takovému chování uchýlit. Rodiče se musí domluvit, jak budou příště řešit situaci, kdyby se takovéto chování objevilo. Nejlepší je vést rodiče k tomu, aby využili svých vlastních možností při zvládání mladého, i když to může znamenat, že jej fyzicky omezí nebo že požádají o pomoc příbuzné či sousedy. Terapeut musí rodičům objasnit, že součástí plánu nesmí být hospitalizace.

Mladý může být propuštěn z léčení až tehdy, když je terapeut spokojen s pravidly, která určují jeho chování doma, s postihy za jejich porušení a splány ohledně jeho dalšího zaměstnání či studia.

Druhá fáze

Během dalších týdnů probírá terapeut s rodiči události v domácnosti a sleduje, jak jsou dohodnutá pravidla dodržována a zda je jejich porušení postihováno. Často je třeba stanovit nová pravidla a postihy. Terapeut musí bojovat za udržení rodičů v dominantní pozici, když je mladý zkouší. V této fázi nejen mladý, ale i rodiče bojují proti snaze terapeuta změnit dosavadní rodinnou hierarchii.

Rodiče obvykle odmítají definovat rodinnou hierarchii tak, že oni mají moc nad svým potomkem. Je to proto, že mladý je mocnější než oni; protože jim společnost odňala jejich moc;

Kontext V - 2, 1989

protože mají strach, že své dítě ztratí; nebo prostě proto, že nechtějí za své dítě přebrat emoční a materiální odpovědnost. Rodiče mohou různými způsoby popírat svou autoritu vůči mladému a terapeut musí reagovat různými protimanévry, aby udržel odpovědnost za situaci v domácnosti na rodičích.

Předávání autority expertům

Rodiče mohou apelovat na autoritu expertů například žádostí, aby terapeut nebo primář oddělení učinili různé rozhodnutí, týkající se mladého. Terapeut předává odpovědnost zpět rodičům tak, že přejmenovává problémy mladého, aby byly v kompetenci rodičů a nikoli psychiatrů. I to nejbizardnější chování je možno přeznačit jako nazdvоřilost, neboť mu druzí nerozumějí a rozčiluje je. Pak je možno na mladém žádat, aby se vyjadřoval jasněji a zdvořileji. Apatické chování je možno označit za lenost, aby rodiče měli nárok vyžadovat na mladém pravidelnou aktivitu. Pokud mladý bere léky, pak musí terapeut slíbit, že dávky budou sníženy a medikace co nejdříve ukončena. Dokud mladý bere léky, pak je nemocný člověk v péči lékaře a ne nevychovaný syn či dcera, jejichž chování musí změnit rodiče. Podobný problém se často objeví při rozhodování, zda má mladý dostat invalidní důchod. Pokud by se s tím terapeut smířil, pak definuje mladého jako duševně nemocného, který není schopen se o sebe starat jako normální osoba.

Rodiče se často snaží zbavit odpovědnosti tím, že tvrdí, že nevědí co mají správně dělat. Terapeut je musí přesvědčit, aby se ujali obtížného úkolu a jasně vedli svého pomateného potomka, takže jeho pomatenost postupně zmizí. Je chybou věřit, že rodiče skutečně nevědí co mají dělat. Jejich

Kontext V - 2, 1989

předstíraná nevědomost slouží k tomu, aby předali odpovědnost za své dítě jiným.

Terapeut nemá určovat rodinná pravidla a postupy za jejich porušení, ale musí žádat, aby to udělali rodiče. Protože chce udržet rodiče v dominantní pozici, nesmí je před jejich potomkem ponižit tím, že by zaujal rodičovskou pozici. Pouze v případě, že má terapeut dojem, že rozhodnutí rodičů je velmi špatné, může navrhnout alternativu, ale musí být přitom s rodiči o samotě.

Předávání odpovědnosti problémovému mladému

Někdy rodiče nabízí autoritu mladému tím, že jej žádají o radu či rozhodnutí. Terapeut musí zdůraznit, že rodiče musí mladého vést tak dlouho, dokud se nebude chovat normálně. Než k tomu dojde, musí mladý žít ve světě, kde jasně vymezená svá práva a povinnosti.

V počátku terapie bývá časté, že kdykoli se rodiče baví mezi sebou, upoutává na sebe mladý pozornost nějakým bizardním či rušivým chováním. Toto chování narušuje možnost vzniku koalice mezi rodiči, která by zvýšila jejich moc nad potomkem. Terapeut musí mladého uklidnit, nebo žádat rodiče, aby jej uklidnili sami, aby se mohli mezi sebou v klidu dohodnout.

V době, kdy se rodiče s narušeným mladým člověkem dostaví k terapii, je mezi rodiči obvykle roztržka. Tato roztržka může být následkem a nikoli příčinou bolesti, hašteření a obviňování, které jsou nezbytným doprovodem těchto problémů. Rušivé chování mladého vede k udržování problémů, a i když často zabraňuje tomu, aby se rodiče rozvedli, protože se musí společně starat o postiženého potomka, brání jim též ve vzájemném smíření a

Kontext V - 2, 1989

udobřování. Může být, že se mladý chová nenormálně jak když jsou rodiče příliš rozhádaní (tj. hrozí mezi nimi rozvod), tak když jsou spolu příliš zadobře (tj. hrozí jejich vzájemná dohoda), protože v obou těchto případech by mladý ztratil nad svými rodiči svou moc.

Někdy rodiče vyhrožují, že mladého vyhodí z domu, pokud se nebude řádně chovat. Tímto způsobem rodiče hrozí odmítnutí svoji dominantní pozici a vzdát se kontroly nad svým dítětem. Tuto hrozbu je třeba blokovat. Terapeut musí zdůraznit, že separace může proběhnout až se bude mladý chovat odpovědně a až rodiče schválí jeho další způsob života. Vyhození z domu je hrozba, kterou rodiče jen zřídka uskuteční; a i v tom případě se s mladým brzy zase smíří a celý cyklus se opakuje.

Někdy chtějí rodiče mladého vyhodit z domu, nechat zavřít do vězení nebo si vynutit jiný přísný postih. V těchto případech je nutné, aby terapeut rozlišoval mezi přísností a zavržením. Rodiče je třeba vést k tomu, aby byli přísní, ale laskaví. Zavržení mladého je třeba odmítout, protože eskaluje konfrontaci mezi rodiči a potomkem a vede ke zlovolnému užívání moci namísto dobrého vedení ze strany rodičů.

Někdy se mladý snaží získat moc tím, že hrozí sebevraždou. V takovém případě má terapeut dvě možnosti:

1) nechat mladého hospitalizovat a potom začít terapii znova od začátku; nebo 2) učinit rodiče zodpovědné za svého potomka a pomoci jim předejít uskutečnění této hrozby. Toto rozhodnutí je obtížné a závisí na vážnosti situace, zda se mladý již někdy o sebevraždu pokoušel, nakolik jsou rodiče ochotni se angažovat a nakolik jsou schopni spolupracovat. Pokud se

Kontext V - 2, 1989

terapeut rozhodne proti hospitalizaci, musí rodičům pomoci organizovat opatření k zabránění sebevraždě. Měli by držet nepřetržitou hlídku a zajistit, aby mladý nebyl ani na chvíli sám. Obvykle to odhalí meze rodičovské trpělivosti a pomůže to rodičům přísněji vyžadovat od mladého normální chování.

Vyhlašení vlastní neschopnosti

Pokud se rodič chová nekontrolovaně - např. pláče, hrozí násilím - je lépe, když se terapeut s tímto chováním vypořádá bez přítomnosti mladého v místnosti. Musí pak rodiče pochválit za jejich trpělivost a oddanost a žádat po nich jen něco málo - například ještě jeden týden trpělivosti, než se naplánuje, co bude mladý v životě dál dělat.

Diskvalifikace druhého rodiče

Někdy jeden rodič prohlásí o druhém, že ten není schopen převzít odpovědnost a vedení mladého. Terapeut na to může reagovat řadou protimanévrů. Může říci, že nyní je nová situace a že pomůže rodičům znova se spojit a převzít společně odpovědnost za jejich potomka; ať se v minulosti stalo cokoliv, není to nyní důležité. Terapeut může též přeznačit chování napadeného rodiče tak, že slabost označí jako citlivost; tvrdost a brutalitu označí jako zoufalé úsilí; všem všem mladému jasné vedení; depresi a emoční labilitu jako oddaný zájem. Jakmile je neschopnost takto přeznačena, je možno se s ní vypořádat.

Diskvalifikace mladého

Rodiče mohou znemožňovat pozitivní změny v chování svého potomka tím, že jej označují za neschopného či postiženého. To dělají obvykle tak, že připomínají jemu i terapeutovi,

Kontext V - 2, 1989

jak nenormálně se choval v minulosti. Tyto připomínky se často objeví ve chvíli, kdy terapeut usiluje o zvýšení sebevědomí u mladého člověka nebo když mladý plánuje kroky do nového života. Někdy přicházejí ze strany příbuzných nebo sourozenců, kteří to s pacientem myslí dobré a chtějí terapeutovi připomenout, jak vážné jsou problémy s nimiž se mladý člověk potýká nebo chtějí mladého ušetřit zklašmání při přehnaných nadějích do budoucna.

Diskvalifikující poznámky je možno někdy činit i formou pocvaly, např. "tento měsíc je to s ním mnohem lepší, že dokonce trefí sám domů". Terapeut musí být bdělý a blokovat všechny takovéto devastující poznámky, i když i uvědomuje, že rodiče možná neměli v úmyslu mladého shodit. Spíše je to výmluva před převzetím zodpovědnosti za mladého. Terapeut musí takovou konverzaci rychle přerušit a vrátit se zpět k tématu rozhovoru, který je zaměřen na budoucnost mladého a ne na jeho nezdary v minulosti.

Někdy jsou tyto diskvalifikující poznámky míněny nikoli jako vzpomínky na minulost, ale jako popis chování mladého během rozhovoru. Negativní poznámky a pesimistické předpovědi mohou vycházet z toho jak mladý sedí, jak se tváří, jakým tónem mluví nebo z toho, že mlčí. Terapeut musí trvat na tom, aby tyto postřehy byly podávány jako podněty ke změně a ne jako pouhá kritika. Terapeutovým úkolem je též chránit mladého před osobními útoky, připomínáním starých selhání a pesimistickými předpověďmi. Pokud jsou takové poznámky blokovány, pak má mladý šanci se zlepšit a rodiče a příbuzní mohou mít uspokojení z toho, že mu přitom pomáhají.

Kontext V - 2, 1989

Diskvalifikace terapeuta

Rodiče se často snaží vyhnout odpovědnosti za svou rodinu tím, že snižují autoritu terapeuta, protože se přece nemusí řídit pokyny osoby, kterou nerespektují. Rodiče často tvrdí, že terapeut je neschopný a neví co dělá a odvolávají se na jiné zdravotníky, jejichž přístup je jiný. Terapeut může pak navrhнуть, aby ty rodiče zkusili podle jeho metody určitou dobu, například 3 měsíce. Potom se mohou rozhodnout, zda budou tímto způsobem pokračovat nebo ne. A po 3 měsících může již mladý člověk stát na vlastních nohou a terapie nebude dále potřebná.

Třetí fáze

Jakmile dojde ke změně hierarchického pořádku mezi rodiči a dítětem, je možno očekávat, že se změní i další vztahy v rodině. Někdy se k mladému připojí sourozenec a podporuje jej proti rodičům, aby změnil jejich dominantní pozici. Jindy se na stranu mladého postaví prarodiče či jiný příbuzný a opět vzniká nebezpečí, že v rodině vzniknou dvě inkongruentní hierarchie. Platí, že čím je mladý na počátku terapie narušenější, tím spíše se začnou do rodiny plést další příbuzní, jakmile se začne v rodině tvořit normální hierarchie s dominujícími rodiči. Terapeut musí tyto koalice blokovat a přimět příbuzné k tomu, aby podporovali rodiče při jejich vedení narušeného potomka. Aby toho dosáhl, musí terapeut často přizvat příbuzné k jednomu nebo více sezení.

Obvykle se v této fázi objeví problémy týkající se peněz. Pokud je rodina chudá, pak je problém s invaliditou. Když se mladý chová normálně, rodina riskuje, že přijde o jeho invalidní důchod, jehož často využívá více členů rodiny. Pro

Kontext V - 2, 1989

terapeuta je nejlepší, když trvá na tom, že mladý je schopen vést normální život a odmítá spolupracovat při invalidizování postiženého. Když je rodina bohatá, často se objeví hádky ohledně dědictví - často je mladému vyplácena určitá částka za podmínky, že je v péči psychiatrů. Terapeut musí tyto možnosti odhalit a blokovat, jinak je nebezpečí, že finanční jistota v budoucnu bude pro mladého a rodinu atraktivnější, než možnost chodit do školy či do práce.

Jak se rodiče ujímají moci, mladý může stupňovat své bizarní chování až do hrozivých extrémů. Často dojde ke krizi a rodiče uvažují o hospitalizaci. To by však byla chyba, neboť tím by odpovědnost za mladého převzal místo rodičů nemocniční personál. Navíc je to v rozporu s cílem terapie, jímž je udržení mladého mimo nemocnici. Terapeut musí navrhnut alternativní řešení při takovémto extremním chování, např. omezení peněz, jídla nebo uvěznění doma. Je možno navrhnut, aby rodiče zavolali policii, pokud jim bude mladý vyhrožovat násilím. Pokud dojde k hospitalizaci, pak musí celá terapie začít znova od začátku stejným způsobem jako předtím. Pokud k hospitalizaci dojde, je pro terapeuta důležité si uvědomit, že mladý může být propuštěn po několika málo dnech a terapie může pokračovat a.l. Některé rodiny však nikdy nepřekonají tuto fázi; každý rok dojde ke krizi a k hospitalizaci. Terapeuta to nesmí vyvést z míry a musí si uvědomit, že hospitalizace je lepší než riziko neurologického poškození v důsledku medikace, protože je reverzibilní, zatímco poškození mozku nikoli. Kromě toho musí pamatovat na to, že nemocnice jsou určeny k tomu, aby poskytovaly pomoc lidem, kteří procházejí tělesnou či emoční krizí.

Kontext V - 2, 1989

Čtvrtá fáze

Jakmile začne mladý člověk vést normální život, zaměřený na studium či práci, může se s ním terapeut začít scházet individuálně a pomocí mu plánovat jeho volný čas a sociální vztahy. Kromě toho se schází s rodiči a mladým, aby společně projednávali otázky týkající se finanční a sociální nezávislosti mladého. Postupně, jak je dosahováno jednotlivých cílů, jsou setkání stále řidčí, až je terapie ukončena.

ZVLÁŠTNÍ OKOLNOSTI

V této kapitole jsme dosud pojednávali o rodinách sestávajících z rodičů a narušeného potomka. Existuje však řada jinak složených rodin. Rodinu může tvořit jen jeden rodič, nebo může být mladý člověk již ženatý či vdaná a terapie se pak účastní partner. Také otázky organicity mohou komplikovat dosažení cílů terapie. Pojednám o těchto otázkách jen stručně.

V případě, že s mladým žije jen jeden rodič, je nejlépe se pokusit zaangažovat do terapie některého dospělého příbuzného, který by mohl druhého rodiče nahrazovat; musí to být ovšem nejdůležitější osoba v životě mladého člověka, s výjimkou rodiče. Terapie pak probíhá stejně. Pokud není možné žádného příbuzného zapojit do terapie, pak je postup stejný, ale terapeut se musí aktivněji zapojovat při určování pravidel a více podporovat jediného rodiče při důležitých rozhodnutích během terapie.

V případě, že je mladý člověk ženat nebo vdaná, je chyba, když se terapeut snaží vnutit partnerovi tutéž dominantní pozici, jako je tomu v případě rodičů. V naší kultuře je normální, že během určitého životního období zodpovídají rodiče za chování

Kontext V - 2, 1989

svých dětí. Když se mladý člověk chová nenormálně, je vhodné vrátit se do této životní fáze a opět nechat rodiče, aby zodpovídali za svého potomka, dokud se nezačne chovat normálně. Avšak není běžné, aby jeden manžel kontroloval chování druhého. Pokud bychom se snažili věci takto uspořádat, mohlo by to vést k násilnému nebo sebevražednému jednání. Partner, který se dostane do psychiatrické léčebny, se tímto zoufalým způsobem často snaží uniknout z nešťastného manželství. Vrátit se z nemocnice pod kontrolu druhého partnera tedy není vhodné řešení. Je lepší, když se narušený partner vrátí z nemocnice zpět nejdříve ke svým rodičům a potom se postupně buď vrátí zpět ke svému manželskému partnerovi nebo se rozhodne pro rozvod. Tyto kroky je během terapie nutno pečlivě plánovat.

Schizofrenie může nebo nemusí mít organický podklad. Tato otázka je však vzhledem k terapii irelevantní. I v případech, kde existují důkazy o organickém i genetickém původu nemoci, musí terapeut organizovat co nejnormálnější život pro mladého schizofrenika, držet jej mimo psychiatrickou léčebnu a užívat léky jen střídavě a opatrнě. Tento přístup byl ve skutečnosti použit i u případů s jasným organickým podkladem, jako byli mentálně retardovaní pacienti, oběti s tardivní dyskinezou, epileptici a mladí lidé s irreversibilním neurologickým poškozením v důsledku zneužívání drog.

SOUHRN TERAPEUTICKÉ STRATEGIE

Když se z nemocnice vrátí mladý člověk diagnostikovaný jako schizofrenik, terapeut je obvykle konfrontován se situací, kdy v rodině existuje inkongruentní hierarchie. Mladý člověk je bezmocný pacient a rodiče se o něj musí starat. Zároveň

Kontext V - 2, 1989

však mladý své rodiče ovládá, neboť je ohrožuje svým chováním a také je drží pohromadě, neboť působí krize, které je odvádějí od jejich vlastních problémů, ale přitom jim brání, aby je rozřešili. Pokud se mladý tohoto chování vzdá, ztratí nad rodiči svou moc.

Cílem terapeuta je donutit mladého člověka, aby se vzdal svého narušeného chování, které je základem jeho moci, což znamená, že rodiče musí být znova schopni získat nad mladým kontrolu. Rodiče musí určit pravidla a cíle pro mladého a stanovit též postupy za jejich nedodržení. Terapeut musí ovlivňovat rodiče, aby stanovili pravidla a postupy dostatečně přísně, aby na nich mohli založit svou moc vůči mladému. Až mladý ztratí nad svými rodiči moc, začne se chovat normálně. V tom okamžiku musí terapeut pomoci rodičům rozřešit jejich vlastní problémy, aniž by do toho zatahovali i mladého.

Abych shrnula terapeutický proces: terapeut připraví situaci, kdy se mladý vrací z léčení k rodičům, kteří jej vedou a starají se o něj přísně, ale laskavě. Hierarchie v rodině se spraví nejen pokud jde o autoritu, ale i pokud jde o city, neboť rodiče nejen mají na mladého přiměřené požadavky, ale též o něj projevují přiměřený zájem. Pokud se terapeutovi podaří udržet v rodině tuto situaci nějakou dobu, pak, pokud dojde ke konfliktu, pokud se mladý rozhodne z domu odejít nebo pokud je rodiči vypovězen, bude schopen se osamostatnit úspěšně, protože se s sebou ponese vzpomínku na rodinu v níž panovala správná hierarchie a normální emoční vztahy.

Musím ještě objasnit, jak tento přístup chápá nelze. Není to teorie o tom, jak mají mladí lidé odcházet z domu.

Kontext V - 2, 1989

Neříkám, že aby mladý člověk úspěšně odešel z domu a neskončil přitom na psychiatrii, musí mít se svými rodiči dobré zkušenosti. Řada mladých lidí se úspěšně osamostatní od rodičů, kteří je zneužívají, špatně s nimi zacházejí a chovají se nezodpovědně. Neříkám, že je nezbytné vyrůstat v rodině se správnou hierarchií, aby člověk duševně neonemocněl. Co říkám je, že jakmile došlo k hospitalizaci, je nutno přerušit cyklus dálších hospitalizací tím, že se mladý člověk vrátí do rodiny, kde jsou rodiče zodpovědní a starostliví a mladý je poslušný a respektuje je. Po této zkušenosti se mladý a rodiče mohou úspěšně rozejít a mladý člověk se může osamostatnit a vést svůj vlastní život.

Psychiatrické a psychologické kvalifikace často odrážely spíše kulturní normy než vědeckou pravdu. Psychoza je někdy jen dočasná epizoda a odezní spontánně, zatímco irreverzibilní neurologické poškození mozku, způsobené léky, nikoli. Způsob terapie, který zde uvádím, je založen na respektujícím, humánním pohledu na duševně nemocné a jejich rodiny. Stojí na etické pozici, že dokud pacient žije, není možno na něj pohlížet jako na chronika, beznadějný a nevyléčitelný případ. Pokud terapeut nechce být pouhým nástrojem sociální kontroly, chemické ovlivňování, elektrošoky a hospitalizace je nutno užívat jen velmi opatrně. Tento přístup je založen na respektu k lidské svobodě a na názoru, že je lepší pacienta častěji hospitalizovat, než jej organicky poškodit vedlejšími účinky léků. Je založen na názoru, že opatření sociální kontroly je třeba použít, jen v případě nebezpečí pro pacienta či pro druhé osoby a že halucinace sluchové a zrakové a poruchy v komunikaci nejsou

Kontext V - 2, 1989

nebezpečné a je možno je tolerovat. Výsledky tohoto přístupu nejsou podpořeny žádnými výzkumy. Tento přístup vychází z klinické zkušenosti a je logickým důsledkem humánního pohledu na duševní nemoc.

přeložil MUDr. Petr Možný

Kontext V - 2, 1989

SYSTÉMOVÁ RODINNÁ TERAPIE U SCHIZOFRENIE

William R. McFarlane

(10.kapitola z knihy "Family Therapy in Schizophrenia".

ed.W.R.McFarlane, Guilford Press, 1983)

Systémová rodinná terapie, postup, který vyvinuli v "Milánském centru pro studium rodiny" M.Selvini-Pallazoli, G.Cecchiní, G.Prata a L.Boscolo, získala od svého uvedení ve Spojených státech velkou popularitu. Odborníci se shodovali v tom, že tato metoda je účinná u závažné psychopatologie, u těžce narušených rodin a zvláště v případech, kde jiné terapie selhaly. Nutně se vynořila otázka, zda je možno tuto metodu aplikovat u schizofrenie. I když v současné době nemáme na tuto otázku spolehlivou odpověď (milánský tým dosud nepublikoval žádnou kasuistiku s dospělým schizofrenikem, nemluvě o kontrolovaných studiích), v této kapitole obhajujeme názor, že řadu aspektů této techniky je možno vhodně použít u vybraných rodin se schizofrenním členem.

V následujícím textu krátce probereme užití paradoxu v psychoterapii, popíšeme teorii a techniky milánského týmu, dále modifikace, které jsou nezbytné při užití tohoto přístupu u dospělých schizofreniků a uvedeme kasuistiku. Paradoxní rodinná terapie je dosud ve stadiu zkoušení, takže naše názory je nutno brát jako pracovní. Tento přístup není proto možno srovnávat s jinými, zvláště pokud jde o spolehlivost. To, co zde popisujeme, jsou jen první pokusy a modifikace, nejde o rozpracovanou terapii, jako je tomu u jiných postupů, popisovaných v této knize. Nicméně se domníváme, že slibné možnosti skryté v systémovém přístupu ospravedlňují jeho další zkoušení.

Kontext V - 2, 1989

Paradoxní techniky u jednotlivce: krátký přehled

Užití paradoxních technik v psychoterapii má dlouhou historii. Vznikly, podobně jako mnoho jiných terapií schizofrenie, z praktických zkušeností a ne na základě teorie - ta se vždy sž dodatečně snažila vysvětlit dramatický efekt těchto metod. Nikde není rozpor mezi teorií a praxí zřejmější než v pracích S. Freuda o fobiích. Freud tvrdil, že pro úspěšnou analýzu je nutné, aby se pacient opakovaně a úmyslně dostal do situací, z nichž má strach, aby "se do analýzy dostal materiál nutný k rozpuštění fobie". Všiml si ovšem, že příznak často zmizí po tomto vynuceném znovu prožití fobické situace bez jakéhokoli náhledu, což nemohl nijak vysvělit a proto to ignoroval. Tento příklad má všechny základní složky paradoxních metod - přeznačkování příznaku ("je dobré jej mít pro prohloubení analýzy"); požadavek na úmyslné opakování; a terapeutovo převzetí kontroly nad příznakem - vše v kontextu dvojné vazby (pokud pacient má příznak, pak to prohloubí terapii, pokud jej nemá, tak sice klade odpor, ale uzdravuje se).

Dále můžeme sledovat paradoxní téma v pracích Dunlapa s "negativním nácvikem" ve 20-tých letech, pak ve Franklově "paradoxní intenci" a ve Stampfově a Levisově "implozivní technice". Milton Erickson, který kombinoval hypnozu a paradox, si dobyl zaslouženého uznání za mistrovství, preciznost a eleganci svých intervencí, které pak rozpracoval a vysvětloval Jay Haley. Ten vysvětloval efekt paradoxních předpisů tím, že pacient získává nový pohled na sebe a na komunikační význam příznaku a zároveň se narušuje jeho komplementární

Kontext V - 2, 1989

zápolení s terapeutem. Terapeut tím, že zdánlivě znehodnocuje svou vlastní moc, získává na vyšší úrovni kontrolu nad vztahem i nad příznakem. V řadě Eriksonových technik je příznak zvětšen do té míry, že je nejen absurdní, ale též nesnesitelně otravný. Pacienti se jej pak obvykle vzdávají, jako by již byli prostě unaveni celou záležitostí. Jelikož často citovaný příklad pomocujících se manželů, kteří byli instruováni, aby úmyslně a rituálně močili v posteli společně předtím než usnou, je dobrým příkladem. V tomto případě je možno si všimnout ještě jedné věci: Eriksonovy předpisy v sobě zahrnovaly nenápadně i adaptivnější alternativu dosavadních příznaků - manželský pár se naučil dělat si v posteli legraci, místo strachu z nepříjemných příhod. Cloé Madanes přidala novou chytrou variantu na toto téma, když žádá předstírání příznaku nebo předstírání, že příznakem pomáháme jinému členu rodiny. K těmto tématům - změně terapeutického kontextu a významu rodinné interakce - se vrátíme později.

Paradoxní léčení bylo u schizofrenie používáno méně než u jiných syndromů. Známé jsou Rosenovy opakováně načasované předpisy psychozy. Obvykle bylo možno pozorovat tento efekt: zdravější část pacientovy osobnosti byla aktivována a bojovala s incipientní psychotickou regresí. I když Rosenovy dlouhodobé výsledky byly neuspokojivé, jeho práce ukazuje, že schizofrenici zůstávají lidmi a mají řadu osobních vlastností, které je možno využít k potlačování jejich nemoci. Podobně Jackson referoval o potlačení pacientovy paranoidní podezřívavosti a bludů, když se nejdříve připojil k pacientovi v jeho bludném světě a pak jej z něj vyvedl. Pacient tvrdil, že Jackson

Kontext V - 2, 1989

je větší blázen než on sám a požádal jej, aby toho nechal; svého bludu se mezitím zbavil.

Milánská metoda

V uplynulém desetiletí experimentoval milánský tým s řadou technik rodinné terapie, z nichž řada byla paradoxních. Zaměřili se na mentální anorexii, autismus a dětské psychozy, takže byli považováni za paradoxní terapeuty schizofrenie. To je ovšem mylné, ale bylo to dále posíleno tím, že nazvali obvyklou patogenní interakci v rodině - "vzájemné sebe-znehodnocení" (mutual self-diskvalification) - jako "schizofrenní transakci". Tato interakce je však obvyklá u jiných syndromů a není specifická ani typická pro schizofrenii. Tím nechceme snižovat jejich pozorování - jenom zdůraznit, že jejich přístup se nezaměřuje na diagnostické entity, ale na rodinné charakteristiky a procesy.

Probereme nyní milánskou teorii podrobněji. Milánští vyházejí z Batesonovy školy komunikační teorie a všeobecné teorie systémů. Rodinu považují za typický sociální systém, který se řídí kybernetickými principy, především kladnou a zápornou zpětnou vazbou. Záporné zpětnovazebné procesy jsou v těžce narušených rodinách přemrštěné, takže tyto rodiny jsou rigidní, neměnné a křehké systémy, které, když přejdou k pozitivní zpětné vazbě, se ocitají v krizi a deteriorují, místo aby rostly, vyvíjely se a diferencovaly, jak tomu bývá ve zdravých rodinách. I když členové týmu užívají neosobní kybernetický model, převádějí jej do hluboce lidských, existenciálních a dramatických pojmu; jejich kasuistiky se čtou jako operní libreta. Mají velký respekt a neobyčejná pochopení

Kontext V - 2, 1989

pro jedinečný vztahový a adaptivní systém, který si narušená rodina během doby vytvořila. Předpokládají, že pacientovy příznaky jsou radikálním řešením velmi komplexních a zdánlivě neřešitelných rodinných problémů. Pacient je vázán loajalitou celé rodině, je stejně vázán na existující stav jako všichni ostatní.

U schizofrenie zůstává pacient nenormální proto, aby zabánil, aby se projevil katastrofální konflikt v rodině, který by vedl k daleko vážnějšímu narušení rodiny než to způsobí existující nemoc, jejího člena. Pokud jde o "schizofrenní transakci", jde o tzv. "sebediskvalifikaci", kdy každý člen rodiny nejen diskvalifikuje tvrzení druhého, ale i svá vlastní, takže je znemožněna dohoda nebo definice jakéhokoliv vztahu. Milánští nejdou tak daleko, aby tvrdili, že rodina dohnala pacienta k šílenství. Toto pojetí je lineárně kausální a proto bezcenné. Spíše tyto procesy, které jsou analogové, neverbální a neuvědomované, postupně pohltí každého člena rodiny. Skutečným problémem tedy nejsou příznaky nemoci ani rodinné utrpení, ale fakt, že všechna východiska, všechny možnosti změny, jsou zablokovány, zvláště ty, které by vedly k růstu a přechodu rodiny do další fáze rodinného cyklu. Avšak členové týmu, podobně jako většina jejich paradoxně orientovaných předchůdců předpokládají a věří, že v každé osobě a v každé rodině jsou skryty kapacity růstu.

I když milánská teorie vděčí za mnohé Batesonovi, Jacksonovi, Watzlawickovi a Haleyovi, jejich řešení těchto dilemat je zcela odlišné. Předpokládají, že změna v těchto rigidních rodinách musí mít podobu disjunktivního, kvantitativního procesu a snaží se přivést rodinu do krize, která náhle zlomí existující homeostatický stav.

Kontext V - 2, 1989

To provázejí podrobným popisem obětí a přizpůsobení, které provádí každý člen rodiny, aby uchránil psychologickou stabilitu ostatních členů a rovnováhu celé rodiny. Tuto techniku milánští nazývají "pozitivní konotace". Velmi dbají na to, aby své výroky podávali jako skutečnou chválu a uznání, bez stop kritiky či sarkazmu. Kritiku a dokonce i návrhy na změnu po-važují za "negaci či diskvalifikaci" rodiny. V každém případě je třeba volit slova, která neobsahují žádná hodnocení ze strany terapeuta, "který beže stávající systém jako jediné vysvětlení tohoto systému samotného".

"Musíme jasně říci, že jsme si byli vědomi obtížnosti tohoto úkolu a nepopírali jsme možnost, že selže. Avšak náš sympathetický tón, který nijak nevinil manžele z neústupnosti nebo tvrdohlavosti, měl naznačit, že jejich neštěstí je tak hluboké, že na něj náš terapeutický um nemusí stačit (čímž jsme se vyhnuli nebezpečí, že budeme osobami obviňujícími a trestajícími." (Selvini-Pallazzoli, 1978).

I když se to může zdát poněkud cynické, smyslem pozitivní konotace je prostě hluboce empathické úsilí spojit se s rodinou, zvláště s rodiči a uznat jejich motivace, hodnoty, hodnocení a chápání situace.

Toto uznání vede milánský tým k jejich nejvýznamnějšímu příspěvku: paradoxnímu předpisu pro rodinný systém. Schématicky to zahrnuje návrh, aby pacient i ostatní členové rodiny pokračovali ve svém dosavadním chování a příznacích (které jsou do detailu rozebrány a popsány), které slouží jako ochranný prostředek proti daleko vážnějším důsledkům, jako je rozvod, mezigenerační konflikt nebo rozpad rodiny. Tyto předpisy plynou

Kontext V - 2, 1989

tak logicky z pozitivní konotace, že jsou někdy vynechány a rodině je umožněno, aby si je odvodila sama. V poslední době milánský tým klade velký důraz na pozici neutrality, cirkulární dotazování a systémový popis rodinných problémů jako prostředky intervence, přičemž terapeutický kontext zajišťuje potřebný stupeň implicitního paradoxu.

Logistika jejich přístupu je podobně neobvyklá. Setkávají se s rodinami na předem stanovený počet setkání, obvykle 12 a jednotlivá sezení jsou od sebe vzdálena až 1 měsíc. Jeden nebo dva členové týmu se účastní rozhovoru s rodinou, zatímco ostatní sledují rozhovor jednosměrným zrcadlem. Velkou pozornost věnují podrobnostem rodinné interakce, vztahující se k problémovým příznakům a podrobnostem současné historie rodiny. Pozitivní konotace, ať již spolu s paradoxním předpisem nebo rituálem nebo bez něj, je sdělena na konci sezení a již se o ní nediskutuje. Intervence je pečlivě formulována, obvykle přihlížejícími členy týmu. V následujících sezeních se jako odpověď na tyto intervence obvykle objevují nové údaje, často o předtím nezmíněných, ale důležitých členech rodiny. Pro milánský tým je typické, že varuje před jakýmkoli pokrokem, který nastolí mezi sezeními a označuje jej za riskantní nebo za projev neloajality vůči rodině. Terapeuti projevují stálou neutralitu; formát sezení se nemění, rodině je zakázáno diskutovat o intervencích a tým nepřebírá odpovědnost za medikaci, krize, hospitalizace a jiné služby. Jediná otevřená pozice, kterou terapeuti zaujímají je ta, že současná rovnováha rodiny má pro všechny její členy důležitý význam a že je třeba změně zabránit nebo ji provádět po velmi malých krocích.

Kontext V - 2, 1989

Teoretická adaptace milánského přístupu pro schizofrenii

Význam milánského přístupu pro schizofrenii nevyplývá z toho, že by to bylo vyzkoušené léčení této nemoci, ale z toho, že se tato metoda zdá být velmi účinná ke zmenšení rodinného zapletení (enmeshment), které působí trvalé poruchy fungování pacienta. Tento typ rodinné konstelace není zřejmě u schizofrenie častý, avšak je příčinou velmi těžkých průběhů nemoci, na které jiné metody nestačí. Jedná se o rodiny udržující dysfunkčnost pacienta, nikoli o rodiny dohánějící pacienta k šílenství. Jde o sociální zhoršování sekundárních následků nemoci. V následujícím textu se pokusíme vysvětlit kladný efekt pozitivního přeznačení neboli konotace a paradoxních předpisů v rodinné terapii schizofrenie.

Rodinné charakteristiky

Jak uvádí řada těch, kdo užívají paradoxní techniky, jejich užití má být vyhrazeno pro ty případy, u nichž "přímé" (pomocné, podpůrné a strukturální) intervence selhaly. Tyto rodiny se v řadě aspektů liší, avšak tři charakteristiky jsou pro ně typické a predikují dobrou odpověď na systémovou terapii. Z mnemotechnických důvodů nazýváme tyto rodiny "DDD rodiny" (podle angl. "defiance, determination a deterioration").

Vzdor (Defiance)

Členové těchto rodin od počátku pochybují o možnosti úspěchu terapie. Je to často proto, že již prošli mnoha neúspěšnými terapiemi a celý proces se jim již jeví jako hra, jejímž cílem není úzdrava pacienta, ale udržení jejich vlastního sebevědomí a hrドosti. Rodina tedy trpělivě vyslechne poslední návrhy terapeutů, zkriticuje je (často s neskrývaným pohrdáním) a pak je zcela ignoruje.

Kontext V - 2, 1989

Přesvědčenost (Determination)

"Přesvědčenost" znamená určitý postoj. Členové rodiny, kteří byli svědky řady neúspěšných terapeutických pokusů a zdánlivé neschopnosti terapeutů, si udělali vlastní názor na to, v čem je chyba, proč je pacient nemocný, jaká je jeho další prognóza a co mu skutečně může pomoci - obvykle stálá pozornost a obětování se z jejich strany. Proto reagují na všechny nové informace pestrou paletou námitek a vlastně chtějí, aby pacient zůstal takový jaký je (tj. pouze částečně kompenzován). Stejně reagují na snahy pacienta o změnu, o redefinování situace či dokonce o vlastní názor.

Zhoršování (Deterioration)

"Zhoršování" se týká pacienta. Příliš často se pacient zhroutí v průběhu snaх pomocí mu přímo, právě proto, že se ocítá uprostřed dvou zápolení, jednoho v rodinném a druhého v terapeutickém systému. Terapeut, který musí čelit jak zdánlivě nespolupracující a těžce nerušené rodině, tak zhoršení stavu pacienta, často podléhá zmatku a pocitu marnosti.

Tři uvedené faktory jako složky homeostatického systému

Abychom pochopili reakce rodiny, musíme na ně pohlížet jako na jednu složku dynamické rovnováhy, která je vlastní každému živému trvajícímu systému. Biologické a sociální systémy jsou charakterizovány fundamentální tendencí měnit se (růst, diferencovat se nebo zmenšovat se rozpadnout) a zároveň zůstat stejné. Tyto tendenze jsou různě označovány - "amplifikace" a "redukce odchylek", "morfogeneze" a "morfo-staza", či prostě "změna" a "homeostáza". Uvedené tři faktory jsou výrazem snahy rodiny odvrátit jakoukoliv změnu.

Kontext V - 2, 1989

Čistě homeostatický systém je ovšem deviantní a dysfunkční, protože se nedokáže pružně přizpůsobovat novým vnějším impulsům ani vnitřním silám. Předpokládáme, že pokud je hlavním cílem rodiny homeostáza, pak není rodina pouze "nezdravá". Homeostáza je udržována jen díky velkému úsilí všech členů rodiny. Wynne (1980) poukázal na to, že na poli rodinné terapie vznikl dojem, že homeostáza je pasivní děj - že se rodiny mění díky vnějším silám, jako je například heroické úsilí terapeuta; že pouze růst je aktivní. Tento názor však ignoruje základní fakt, že všechny životní procesy, včetně homeostázy, jsou nutně aktivní. Alternativou života je smrt, nikoli sociální stabilita. Tento názor je obsažen již v původním pojetí homeostázy W.Cannona. Byl velmi zaujat seberegulujícími se procesy v těle, ale nedomníval se, že jsou pasivní. Protože spotřebovávají energii a mají vysokou hladinu informace, jsou nutně "negentropické". Řečeno jednoduše - rodina, která vzdoruje změně, vynakládá stejně úsilí jako terapeut, který se ji snaží ke změně přimět (v techo případech se stává homeostatickým terapeutickým systém). Kromě diskvalifikace terapeuta musí rodina aktivně potlačovat vlastní inherentní tendence k diferenciaci - směřující k amplifikaci změn a k převládnutí pozitivních zpětných vazeb a ke vzniku nové organizace rodiny.

Terapeutický systém

Než se budeme zabývat vlivem systémové terapie na "DDD rodiny" je nutné bliže probrat samotný terapeutický systém, který tvoří pacient - chronický schizofrenik, jeho rodina a psychiatrická instituce nebo terapeut. Předpokládá se, že

Kontext V - 2, 1989

v mnoha případech vzniká rodinná konstelace "DDD" jako následek toho, že se rodina dostává v terapeutickém systému do "dvojné vazby". Proto zde pojem "dvojné vazby" probereme blíže (čtenář, který není s teorií dvojné vazby obeznámen, se s ní může seznámit v práci Batesona a kol., 1956).

1. Primární injunkce. Je vcelku jednoznačná. Když se rodina setkává s terapeutem, pak celkový kontext je, že terapie pacientovi i rodině pomůže, ale že se tak stane díky změnám v organizaci rodiny, konkrétně změnou jednání, myšlení, cítění a chápání jednotlivých členů rodiny. Tento základní koncept psychiatrického léčení a psychoterapie je všeobecně znám. Jak poukázala Selvini-Palazzoli, již tento předpoklad implikuje obvinění a kritiku rodiny, nebo je možno jej tak chápat.

2. Sekundární injunkce. Zde je zakopaný pes. Předchozí zkušenosti rodiny s terapeutickým systémem vedou ke vzniku protichůdného kontextuálního postoje - totiž že změně je třeba zabránit. Různé rodiny to vyjadřují různě - několik příkladů:

"Byla to vždycky nějaká změna, obvykle když se snažil vést samostatný život jako dospělý, která vedla ke katastrofě a způsobila pak řadu dalších selhání".

"Psychotické ataky jsou hroznější a více nás demoralizují než cokoli, co jsme si kdy představovali, takže kdo ví, co by se mohlo stát, kdybychom se pokusili změnit i nějakou maličkost v současné křehké rovnováze. Nechte nás být tak jak to je, protože, i když je to zlé, chrání nás to proti ještě horším věcem."

"Když se změníme a pacient se zlepší, pak to znamená, že jsme byli vinni jeho nemoci. A když budeme spolupracovat, pak s tímto obviněním vlastně souhlasíme. A kdo by mohl věřit, že

Kontext V - 2, 1989

bychom byli schopni něčeho takového (vyvolat u svého potomka schizofrenii)? To je proti zdravému rozumu."

"Proč bychom měli dělat něco jinak? Koneckonců je to naše pověc, která udržuje pacienta aspoň v takto dobrém stavu.

Abychom přidali další rovinu kontradikce, řada terapeutů popřá, že si myslí, že rodina je příčinou pacientovy nemoci, ačkoli si to ve skutečnosti myslí a jednají podle toho.

3. lerciární injunkce. Ta je dána kulturální a kontextuální normou nebrat v potaz kompetenci profesionálů, aspon ne otevřeně. Všeobecně sice tento postoj mizí, avšak v případě schizofrenie se stále udržuje. Přestože příbuzní často nevěří, že problém je zdravotního rázu, uznávají autoritu psychiatrů a celého institucionálního kontextu. Tím je splněna podmínka této injunkce, totiž že není možno otevřeně hovořit o existujících kontradikcích mezi první a druhou injunkcí. Kromě toho je velmi těžké hovořit o nevyřčeném obvinění, zvláště pokud je stevřeně popíráno.

4. lvertérní injunkce. Schizofrenik ani jeho rodina nemohou opustit pole předchozích injunkcí, protože se nalézají v daném terapeutickém kontextu. Schizofrenie a psychiatrie jsou spolu nedělitelně spjaty historicky, kulturně i právně. Schizofrenik se nemůže kromě psychiatrie nikam jinam obrátit. Jeden příklad je zvláště výmluvný "espitisté" (španělští lidoví léčitelé) v New Yorku se ochotně ujímají případů mentálních anomxií, hysterií, fobií i dětských neuróz, ale schizofreniky téměř vždy odkazují k psychiatrům, i když jsou tito jinak jejich přímými konkurenty. Takže jakmile někdo onemocní schizofrenií, on i jeho rodina jsou téměř stále v poli předchozích injunkcí.

Kontext V - 2, 1989

Vzhledem k dvojitě vazbě, v niž drží terapeutický systém rodinu, lze očekávat rozvoj řady procesů, včetně projevů "DDD" - tj. vzdoru a přesvědčenosti na straně rodiny a zhoršování na straně pacienta. Systémy s dvojnou vazbou jsou rigidní a homeostaticky paralyzovány. Jakákoli začínající změna vede ke znemožnění změny. Terapeutické úsilí v tomto kontextu těžko může vést ke změně, kdyby jen proto, že rodina je tlačena neusále do obrany. Je též možno očekávat všeobecné, vzájemné a hostilní znevažování komunikace, takže v trojúhelníku terapeut-rodina - pacient nikdo nikoho neposlouchá a nikdo nikoho neuznává. Za třetí rodina odmítá a popírá jakékoli spoléhání na vztah s terapeutem. Mezi rodinou a terapeutem nevzniká spojenectví, nevzniká terapeutická aliance. Za čtvrté se v komunikaci neustále šíří iracionalita, takže si rodina s terapeutem stále méně rozumí, zvláště pokud jde o odpovědnost, vinu a o to, co je třeba udělat. Za páté se u pacienta nebo i někoho jiného může objevit iracionální či dokonce jasně psychotické chování jako následek narůstajícího zmatku a skryté hostility. V krajní verzi popsaného scénáře se tedy rodina bude terapeutovi jevit jako vzdorující, přesvědčená ve svém jednání - ve snaze znevážit terapeuta a odmítnout obviňující kontext - a stav pacienta se bude zhoršovat. Tato analýza ukazuje, že je takřka nemožné určit, které aspekty vyplývají z rodiny samotné a které jsou jen následkem terapeutické necitlivosti, institucionálních protimluvů a ideologických zmatků.

APLIKACE SYSTÉMOVÉ TERAPIE U SCIZOFRENIE

Pokud přijmeme názor, že "obtížné" DDD rodiny nejen aktivně potlačují vlastní tendenci ke změně, ale že ji k tomu tlačí

Kontext V - 2, 1989

i terapeutický dvojně-vazebný systém, pak se nabízí řešení. To zahrnuje jen o málo víc než je řečeno ve rčení "nemůžete-li je porazit, pak se s nimi spojte".

Uvažme, jaký vliv bude mít na výše popsanou situaci, pokud terapeut opakovaně, opravdově a empaticky sdělí rodině: "Uznávám, chápu a plně respektuji vaše horlivé úsilí udržet nejednotlivější křehké vztahy tak jak jsou. Zdá se, že je to v současné době jediná alternativa, která všem pomáhá, aby se cítili dobře v tom co dělají a která pomáhá pacientovi. Není třeba, abyste se měnili. Budu se s vámi setkávat, abych vám pomohl tuto situaci udržet nebo nanejvýš vám mohu pomoci při rozhodování, které malé změny byste mohli uskutečnit, aniž byste přitom byli neloajální vůči sobě navzájem i vůči rodině jako celku." Jde pochopitelně o pozitivní konotaci, která obsahuje skrytý paradox. O otevřeně paradoxních předpisech pojednáme později.

Zdá se, že často náhlé terapeutické odpovědi na toto prohlášení je možno vysvětlit takto: terapeut na sebe bere odpovědnost za odstranění sekundární injunkce - jednak tím, že o ní otevřeně mluví; za druhé tím, že podpoří sklon rodiny proti změně; a za třetí tím, že rozptýlí všechna obvinění, která jsou v ní skryta. Pokud to provede dobře, pak to může mít pro terapeuta tento efekt: 1) přebírá odpovědnost za aktivní úsilí o udržení rodinné homeostázy; 2) uzná na zcela fundamentální úrovni rodinnou identitu, hodnoty a motivace; 3) členové rodiny se pak mohou cítit bezpečně a uvolněně; 4) nejsou nuceni k aktivním manévrům k odvrácení změn - a to vše díky zmenšení tlaku na změny. "Metaparadox". je v tomto:

Kontext V - 2, 1989

tím, že se terapeut s rodinou spojí, uzná a podporuje rodinné úsilí o udržení statického stavu, provokuje vlastně změnu, neboť uvolňuje vlastní kapacity členů rodiny ke změně. Umožňuje, aby se vynořily zdroje a řešení, které jsou rodině vlastní. Energie vydávané na udržení stávajícího stavu se uvolní pro hledání jiného, otevřenějšího způsobu rodinné adaptace. Pokud dojde ke změně, rodina ji prožívá jako spontánní, vzniklou z iniciativy rodiny (a terapeut ji má také takto popisovat).

Další výhody jsou zřejmé. Je menší pravděpodobnost, že rodina terapeuta odmítne. Dále je otevřeně odkryta dialektika změny a stability a je možno o ní diskutovat. Pokud je to provedeno přesně, pak tím vznikne volný terapeutický systém pod kontrolou terapeuta a spolehlivá aliance mezi terapeutem a celou rodnou. V této fázi je pak možno učinit taktní návrhy na malé změny, které by bylo možno udělat.

Zdá se, že rozhodující pro úspěch tohoto typu intervence je emoční přístup terapeuta. Pozitivní konotace není možno považovat ani užívat jako shovívavost. Terapeut musí mít dostatek informací k tomu, aby dokázal pochopit existující rodinné dilemata a ocenit adaptivní smysl a hodnotu i zdánlivě vážně dysfunkčního jednání. Tento aspekt práce milánského týmu je poměrně přehlížený a to je riziko u těch terapeutů, kteří na jejich metodu hledí jako na pouhou taktiku. Není to taktika. Terapeut se musí naučit věřit tomu co se mu sděluje a členové rodiny mu to musí věřit.

Pokud jde o vlastní paradoxní předpis, myslíme si, že tento způsob intervence je třeba vyhradit pro ty rodiny, které nereagují na pozitivní přerámcování. Jednoduchým pravidlem pro

Kontext V - 2, 1989

terapeuta je, že byměl prohlubovat pozitivní konotaci, dokud se neprojeví aspoň mírná změna v žádoucím směru. Na této úrovni se pak terapeut zastaví a užívá obvyklé postupy ("jen pomalu" nebo "tato změna může rodinu připravit o část blízkosti a harmonie") spolu s občasnými návrhy určitých alternativ, dokud se neobjeví nějaká slepá ulička. Pokud se neobjeví a terapie pokračuje, třeba pomalu, pak paradoxních předpisů neužíváme. Terapeut si je ponechává v záloze, jako intervence k překlenutí mrtvých bodů, zvláště když se zdá, že se schyluje k nějaké konfrontaci mezi ním a rodinou: Paradoxní předpis tedy považujeme za dramatickou techniku, která slouží k navození změny když se terapie nehýbe z místa a k zabránění konfrontace; ukáže též rodině, jak daleko je terapeut ochoten jít, aby odvrátil změnu.

Jeden typ předpisu se zdá být zvláště vhodný pro schizofrenní pacienty. Nazýváme jej "manévr krátkého spojení". Jde o toto: příznak je zakotven v cirkulárním sledu interakcí v rámci určitého kontextu, a když se zdá, že jsou v tomto procesu hluboce angažovaní všichni účastníci, pak terapeut předepíše, že je třeba tento sled interakcí opakovat podle plánu, bez příznaku nebo s tím, že pacient příznak pouze předstírá. To je pro většinu rodin přijatelnější než přímý předpis psychotického příznaku, který může být pro rodinu příliš rozrušující nebo i nebezpečný, kdyby se dodržel přesně. Výsledkem je často zmenšení příznaku, vymízení interakcí, které jej posilovaly nebo jejich změna v adaptivnější formu chování bez přítomnosti příznaku.

Bylo by možno napsat celou knihu různých příkladů paradoxních předpisů, avšak vzhledem ke spekulativnímu a experimentálnímu charakteru této práce vystačí ty, které jsme již uvedli. Mělo by být jasné, že klademe hlavní důraz na pozitiv-

Kontext V - 2, 1989

ní kontaci (přeznačení) jako na užitečnější, bezpečnější a všeobecně použitelný aspekt systémové terapie u schizofrenie, zatímco paradoxní předpis slouží jako prostředek ke zvládnutí vážnějšího odporu.

KASUISTIKA: PŘÍPAD NESNESITELNÝCH BOLESTÍ HLAVY

Na této kasuistice chceme ilustrovat užití systémového přístupu u velmi chronického případu bolestí hlavy, provázených schizoidními, psychosomatickými a psychotickými příznaky a dlouhou histerií neúspěšných terapií. Kromě toho splňovala rodina všechna "DDD" kriteria - vzdoru, přesvědčenosti a zhorskování. Je sporné, zda pacientka byla skutečně schizofrenička, ale kombinace závažné psychopatologie a rigidní zapletené rodiny činila tento případ složitějším, než bývá řada jasně schizofrenních případů.

Sylvie, 45 let, a její rodiče, s nimiž vždy žila, byli doporučeni k systémové terapii a jejich hlavní stížnosti se týkaly nesnesitelných bolestí hlavy, které Sylvii znesechopňovaly již 22 roků. Předchozí lékař, zkušený a klidný terapeut, žádal, aby byl tohoto případu zbaven, protože po každém rodinném sezení chodil domů s třeštící hlavou. Kromě bolestí hlavy trpěla pacientka záchvaty jedno- i oboustranné obrny a slepoty. Již léta trávila dny prováděním obsedantních čistotních rituálů; produkovala perzekuční bludy, že je sledována přes okna a že ve sklepě jsou přístroje, které řídí její jednání a způsobují její bolesti hlavy. Někdy tvrdila, že slyší z bytu o patro výše mužské hlasů, které se o ní baví. Byla emočně oploštělá a měla paralogické myšlení. Vzdor tolika příznakům, svědčícím pro schizofrenii byla schopna vést normální rozhovor a nebyla výrazně

Kontext V - 2, 1989

deteriorována. Konečná diagnóza, i když zdaleka neuspokojivá, zněla "těžká hraniční porucha osobnosti".

Bolesti hlavy u ní začaly ve věku necelých dvaceti let, když jí otec donutil, aby přerušila vztah s mužem, s nímž se seznámila v práci. Bezprostředním impulsem byla událost, kdy na ni z jedoucího auta zahvízdal cizí muž, vzápětí narazil do sloupu a musel být převezen do nemocnice. Okamžitě poté ji začala bolest hlava a o několik týdnů později byla kvůli této bolesti nucena přerušit práci. Byla poté opakováně neurologicky vyšetřena, vždy s negativním nálezem. Brala řadu léků (včetně fenothiazinů), byla léčena biofeedbackem, psychoterapií, ale zcela bez efektu. Na krátká období její potíže spontánně mizely, ale vždy se znova vrátily.

Struktura rodiny

Rodinná struktura byla až příliš jasná. Otec, zvláště poté co před 5 lety odešel do důchodu, se zabýval pouze svou dcerou a jejími potížemi. Mluvil za ni při návštěvách u lékaře a líčil historii její nemoci do nejmenších podrobností. Neustále se se Sylvií hádal, když se snažil jí zabránit v neustálém umývání oken a ona si na něj zase stěžovala pro jeho nepořádnost a proto, že nevěřil jejím bludům a odmítal s ní spolupracovat. Často se budila uprostřed noci a začala křičet, že jí bolí hlava. Otec poté vstal a konejšil ji. Jeho myšlení bylo zjevně paralogické, místy až do stupně rozvolnění asociací, za což jej Sylvie často kritizovala. Otec se viděl jako člověk, který je ochoten se pro rodinu obětovat. Neměl žádné přátele a kromě dcery bylo jeho jediným zájmem jejich staré auto, které rád opravoval.

Kontext V - 2, 1989

Matka, která řekla, že v mládí bývala "tvrdá řenská", se domácí bitvě vyhýbala tím, že s povděkem předala domácí práce a vaření Sylvii a svůj denní čas trávila návštěvami u sousedů. Dříve se hodně hádala s manželem. Vztah mezi rodiči se zlepšil poté, co Sylvie začala se svými obsedantními rituály a bludy, protože matka tak měla důvod, najít si zájmy mimo rodinu. Takže rodiče spolu vycházeli celkem slušně: trávili určitý čas společně mimo dům, protože Sylvie je doma nechtěla, aby mohla dokončit úklid. Občas při těchto příležitostech navštěvovali Sylviu sestru, která byla šťastně vdaná a žila mimo tento trojlístek. Matka a Sylvie na sebe zjevně nevražily a otevřeně soutěžily o vedení domácnosti a o otcovu pozornost. Sylvie vždy vyhrála jakékoli přímé střetnutí s otcem nebo s matkou, buď tím, že přímo prosadila svou nebo prostřednictvím některého svého příznaku. Výsledkem bylo, že rodinu ovládala. Žádný z rodičů se neodvážil si s ní nic začít; když hrozilo, že by mohla prohrát, byla Sylvie schopna sáhnout i k fyzickému násilí.

Protože oběma rodičům bylo přes 70 let a oba dávno před svou dcerou kapitulovali, strategické a strukturální přístupy nepadal v úvahu. Členové týmu se shodli, že je to nejrigidnější dysfunkční rodina, kterou kdy viděli a rozhodli se použít systémový přístup. Trvání terapie bylo předem určeno na 12 sezení jednou za 2 týdny a terapeuti postupovali podle pravidel milieusvého týmu. Následuje popis hlavních událostí, rodinných reakcí a terapeutických intervencí v každém sezení.

Kontext V - 2, 1969

1. sezení

První sezení bylo vyplněno tím, že otec zdlouhavě a velmi kriticky vylíčil historii Sylviiny nemoci, její poslední lásku a nekonečné problémy a příznaky. Během svého líčení odmítal jakýkoli pokus o opravu své verze. Matka se otci zcela podřizovala a říkala jen: "Je to tak jak říká, přesně tak". Po poradě celého týmu poradili terapeuti rodině, že Sylvia by si měla uchovat své bolesti hlavy ještě další 2 týdny, protože to může být nějakým způsobem pro rodinu důležité a tým tomu bude pak moci lépe porozumět.

2. sezení

Mezi sezeními neměla Sylvia žádné bolesti hlavy. Opět se probírala historie rodiny. Terapeuti varovali Sylvii, aby nepřestávala mít bolesti hlavy tak rychle. Kvůli bezpečí bylo dohodnuto, že se "podvolí" mít bolest hlavy dvakrát týdně, aby zabránila příliš náhlým změnám v rodině.

3. sezení

Sylvie neměla žádné bolesti hlavy a odmítla mít bolesti hlavy podle předpisu. Vypadala lépe, byla méně zaražená a přátelštější. Objevilo se otcovo noční konejšení Silvie a hovořilo se o něm. Otec byl pak instruován, aby vzbudil Sylvii ve 3 hodiny ráno a konejšil ji, ať má bolesti hlavy nebo ne. "V případě nezbytnosti" měla Sylvia bolest hlavy předstírat a křičet. I matka se měla připojit, ale jen proto, aby vše pozorovala a mohla o tom pak referovat terapeutům. Znovu se mluvilo o nebezpečí předčasného vymizení příznaků. Varovali jsme, že by se rodiče mohli začít mezi sebou hádat, pokud by Sylvia zůstala zdravá.

Kontext V - 2, 1989

4. sezení

Matka přišla daleko elegantněji oblečená než jindy a oznámila, že drží dietu. Otec vypadal svěžeji a jeho myšlení bylo méně zmatené. Bez nátlaku ze strany Sylvie začali rodiče chodit společně na výlety a nakupovat. Otec se podle předpisu vzbudil v noci pouze dvakrát. Sylvie neměla žádné bolesti hlavy.

Tým radil, aby se otec s matkou nepřestávali obětovat pro svou dceru a aby neustávali ve své péči o ni kvůli radostem dýchodu a klidu stáří. Terapeuti vyjádřili matce plné pochopení, ale řekli, že rodiče nemají jinou bezpečnou možnost, než vrátit se zpět ke své dceři a nechat se od ní využívat. Sylvie byla požádána, aby si uchovala své potíže a aby tak zabránila vytvoření vztahu mezi rodiči, z něhož by byla vyloučena.

5. sezení

Sylvii se vrátily bolesti hlavy, ale rodičů se to tentokrát dotýkalo mnohem méně. Místo starostí o dceru chodili stále spolu a užívali si. Na sezení se probíral vztah rodiny ke dvěma Sylvii-vým sestrám. Terapeuti vyslovili Sylvii respekt za to, že se opět začala obětovat, aby znemožnila rodičům, aby se opět začali hádat a aby zachránila své sestry před zodpovědností za osud rodičů.

6. sezení

Opět se probírala základní téma. Rodiče si podrželi své zájmy mimo rodinu a během sezení mluvili hlavně mezi sebou. Sylvie si v té době držela hlavu v dlaních a naříkala na silné bolesti. Vyjádřila svou obavu, že by ji rodiče mohli opustit. Byla přesvědčena, že kdyby rodiče zemřeli nebo kdyby ji opustili, že by "zešílela". Terapeuti opakovali instrukce z předchozího sezení. Sylvii řekli, že si musí své bolesti hlavy ještě nějakou dobu uchovat, než se přesvědčí, že se jich může bez obav vzdít.

Kontext V - 2, 1989

7. sezení

Ráno před tímto sezením Sylvie ochrnula od pasu dolů a rodiče sezení odřekli. Terapeuti poslali Sylvii dopis, který jí měli rodiče přečíst u postele. Napsali, že chápou, že chce zabránit změnám a že její ochrnutí bylo nezbytné, aby se rodina udržela pohromadě. Dostala za úkol zůstat v posteli, dokud se její rodiče nepřestanou stále věnovat sobě navzájem. Rodičům bylo uloženo, aby své dceři ve všem vyhověli.

8. sezení

Obrna se ztratila a rodina se vrátila ke svému dalšímu sezení, které bylo věnováno podrobnému probrání nového příznaku a všeho, co s ním bylo spojeno. Schema bylo stejné jako u bolestí hlavy, ale rodiče měli nyní se Sylvií daleko méně trpělivosti, konkrétně s jejími věčnými potížemi. Terapeuti vyjádřili Sylvii ocenění za to, že je ochotna vzdát se svého zdraví, jen aby udržela rodinu pohromadě, a rodičům za to, že jsou ochotni obětovat své vlastní požitky a věnovat se své nemocné dceři.

9. sezení

V den devátého sezení Sylvie opět ochrnula a oslepla na levé oko. Rodiče se přesto k sezení dostavili a dostali další dopis od terapeutů, který měl Sylvii přečíst otec u postele. Dopis byl velmi dlouhý a jasnější než předchozí intervence. Bylo v něm řečeno, že terapeuti vidí, že Sylvie "pochopila", že je možné, aby ona i její rodiče žili jinak než dosud, samostatněji a více si života užívali, ale aby zůstala pevná ve svém odmítání začleněn v tomto směru. Oceňují, jak hluboce jí záleží na tom, aby se nezhoršil vztah mezi jejími rodiči a

Kontext V - 2, 1989

aby je neztratila, i když by to pro ni znamenalo větší nezávislost. Terapeuti radili, aby zůstala ochrnutá a slepá, aby nikdo z rodiny neustal ve svém úsilí o zlepšení jejich života.

Následující události

Poté byla terapie přerušena, protože Sylvie spáchala sebevražedný pokus. Celý tím byl tímto vývojem otřesen, protože bylo jasné, že je to důsledek terapie. Nebylo však jasné, jestli jde o další terapeutický neúspěch nebo o změnu v žadoucím směru (jak zjistil jeden z členů týmu, pobyt v nemocnici byl první Sylvienou nocí, kterou v uplynulých 23 letech strávila mimo domov).

Vše se vyjasnilo po jejím návratu na oddělení po 10 dnech hospitalizace. Během týdne odezněly její bolesti hlevy, obsese i kompulse, hysterické konverze, bludy i halucinace. Byla přijata do programu denního sanatoria a brzy se stala hvězdou skupiny. Byla veselá, shovívavá k druhým pacientům a byla zvolena předsedkyní spolu správy. Vůbec se nejevila jako psychotik. Na konci svého pobytu si našla sama práci v jiné nemocnici; našla si též přítele v místní prádelně a doma byla daleko méně úzkostná a panovačná. Několikrát si se svým přítelem vyjela na krátký výlet a sama od sebe navštívila svou sestru. Začala dokonce flirtovat s jedním svým spolupracovníkem v práci.

Její stav se nezhoršil a Sylvie vedla aktivní život bez potřeby jakékoli podpory další 2 roky. Terapii ukončila se souhlasem terapeutů a rozešla se s nimi v dobrém. Čtyři roky po svém přijetí na oddělení měla krátce trvající relaps a byla 2 týdny hospitalizována poté, co jí byl vzhledem k jejímu

Kontext V - 2, 1989

dobrému zdravotnímu stavu odebrán invalidní důchod. Rodiče i Sylvie však tuto ránu přestáli dobře, aniž by se vzájemně příliš angažovali. V současné době se snažíme získat pro pacientku zpět její invalidní důchod.

Diskuse

Na tomto příkladu je vidět jak přednosti, tak omezení systémové rodinné terapie u nemocí schizofrenního spektra. Zdá se, že se podařilo od základu změnit rodinné interakční vzorce, takže jejich posilující vliv na Sylviiny potíže zmizel. Její osobnostní slabiny zůstaly ovšem neovlivněny, takže byla i nadále zvýšeně zranitelná vůči zevním vlivům - v tomto případě vůči problémům kolem invalidity. V tom se lišíme od milánského týmu, který výsledek terapie formuluje v pojetí buď - anebo. Na základě tohoto i jiných případů se nám tato pozice zdá přehnaně optimistická a může v sobě nést zárodek rozčarování i zavržení této metody. Když se však snažíme užít technik rodinné terapie k tomu, abychom ovlivnili rodinné procesy, a ne jiné vlivy, které rovněž přispívají ke konečnému výsledku - jako jsou vlivy biologické a sociální - pak máme větší naději, že dosáhneme dlouhodobějších výsledků. Samozřejmě rádi přiznáváme, že milánský tým by zvládl tento případ daleko elegantněji, ale základní problém by se tím nevyřešil.

Případ Sylvie též ukazuje, že je nutno tyto techniky užívat s plným vědomím jejich neobyčejného účinku a tím i rizika, které s sebou tyto "invazivní" techniky nesou. Podle našeho názoru nejsou tato rizika dostatečně zdůrazňována. Tento přístup obvykle vede k úspěchu tak, že v rodině vyvolá

Kontext V - 2, 1989

těžkou krizi; Proto je třeba tyto techniky užívat skutečně jen u jinými metodami nezvádnutelných případů se závažnou psychopatologií, kde možný zisk ospravedlňuje podstoupené riziko. Kromě toho tyto techniky vyžadují hluboké porozumění rodině jako systému a zkušenosti s jinými typy rodinné terapie. Rozhodně nejsou pro začátečníky.

Jako určité potvrzení předcházejících varování dodáváme, že terapeutický tým léčící Sylvii se shodl na tom, že k užití paradoxních předpisů došlo příliš brzy a tím se zbytečně zvýšilo riziko terapie. Právě tento případ od nás vedl k přijetí pravidla, že je nutno zpočátku užívat pouze pozitivní konotaci a teprve později podle potřeby i paradoxních předpisů. Po přijetí tohoto pravidla jsme byli lépe schopni regulovat míru změny v rodině a snadněji jsme byli schopni předcházet závažným komplikacím. Jinak řečeno, "pospíchat pomalu" je někdy dobra rada nejen pro rodiny, ale i pro terapeuty.

ZÁVĚR

Zdá se, že v této fázi vývoje paradoxních přístupů potřebujeme provést řadu kontrolovaných pokusů. že jsou tyto přístupy v řadě případů účinné se zdá být mimo pochybnost, ale zda jejich efekt přetrvává či zda některé typy rodinných problémů jsou pro tyto techniky vhodnější než jiné je zatím neznámo. Goldstein a kol. (1984) např. ve svém programu krátkodobé, na krizi orientované rodinné terapie zjistili, že odpor rodiny na úplném počátku terapie, i ten, který během několika sezení mizí, predikuje špatný výsledek terapie. Nabízí se otázka, zda po užití pozitivní konotace by nebylo možno odstranit negativní postoje příbuzných do té míry, že by se další složky této terapie mohly účinněji uplatnit.

Kontext V - 2, 1989

Těchto otázek je stále více, jak terapeuti získávají další zkušenosti s touto metodou. Spolu s tím se vynořuje potřeba lepšího teoretického modelu, který by vysvětlil účinek těchto technik a umožnil by je lépe integrovat s jinými přístupy. Pak by bylo možno užívat tyto techniky selektivěji, spolu s dalšími intervencemi, aby konečný dlouhodobý výsledek byl co nejlepší. Zdá se, že rodinná terapie, ať je jakkoli účinná, nedokáže vyloučit možnost dalších relapsů schizofrenie. Z toho plyne, že je potřebná další podpůrná práce s jednotlivci i s rodinami a malé dávky léků i po ukončení systémové terapie, především pro zvládnutí zátěží běžného života. Systémová terapie tedy může znamenat spíše určitý průlom do "uzlu" rodinného vývoje než metodu vyléčení schizofrenie.

Zdá se pravděpodobné, že i s těmito omezeními dojde v budoucnu k většímu rozšíření paradoxních technik při zvládání zvláště závažných případů schizofrenie. Mohou se přinejmenším osvědčit jako prostředek k vytvoření jasnějšího a funkčnějšího kontextu terapie. Z hlediska rodiny může být tento důvod k doporučení tohoto přístupu dostačující.

přeložil MUDr. Petr Možný

Kontext V - 2, 1989

IV. Glosy

P.Boš:

Stierlinův dialektický model separačního procesu

Prof. Helm Stierlin, M.D., Ph.D. je přednostou oddělení psychosomatické medicíny a rodinné terapie university v Heidelbergu.

V roce 1987 jsme měli příležitost uvítat ho na prežském kongresu o rodinné terapii.

Je to hluboce vzdělaný psychoterapeut, ovlivněný filosofickou tradicí heidelbergské školy. Je žákem a kritikem Karla Jaspersa, byl ovlivněn Hegelovou a Marxovou filosofií. Prodělal psychoanalytický výcvik ve Spojených státech, byl silně ovlivněn učením Harry Stacka Sullivana a Friedy Fromm-Reichmannové, jeho supervizorem byl sullivanovský terapeut Otto Allen Will. Ve svém raném díle se pokusil sloučit evropské existenciální myšlení s neoanalytickými názory na psychosociální vývoj člověka. Chápe jej jako dialektický proces, v němž se střetávají dvě protichůdné tendenze - individuace-s-druhými a individuace-proti-druhým. Normálně směřuje vývoj k vztahové vzájemné závislosti jako projevu zralosti. Rozhodujícím místem, v němž probíhají tyto procesy, je rodina. Základní vzorce individuace se reprodukují transgeneračně.

Adolescenci chápe Stierlin, podobně jako třeba Erik Erikson či Jay Haley jako období, zasvěcené separaci od rodičovských figur, období hledání identity, bouřlivé individuace a směřování k dospělé autonomii. Tento proces považuje za složitý, plný protichůdných tendencí a zvratů a mající strukturu, determinovanou rodinnými transakcemi. Ty působí na psychický aparát, který

Kontext V - 2, 1989

popsala ve své metapsychologii klasická psychoanalýsa, resp. její teorie objektních vztahů.

Vraťme se ke klíčovému pojmu Stierlinova modelu - vztahové (přesněji řečeno "vztažné") individuaci ("related individuation"). Ta je pro něj schopností a ochotou členů systému vytvořit si vlastní ohrazení a přitom zůstat ve vzájemném vztahu, t.j. mohou a přejí si vyjádřit své vlastní pozice - své pocity, vjemy, očekávání, myšlenky, práva a závazky - a přitom jsou schopni zaujmít pozice v životě druhých a sdílet s nimi společné ohnisko zájmu či pozornosti. Jsou schopni řešit problémy, dosahovat kompromisů a pracovat na smířeních. Dokáží vyjednávat a vytvářet věku přiměřenou rovnováhu mezi blízkostí a vzdáleností, mezi právy a závazky, přiměřeně cyklu života rodiny. V každém okamžiku jsou schopni definovat svůj vztah, t.j. vyjádřit víceméně jasně, co požadují jeden od druhého, kdo je komu blíž či komu a od koho se dostává víc uznání. Jsou schopni vytvořit funkční hierarchii a dělbu rolí a úkolů.

Rodiny si takto vytvářejí specifické "vztahové epistemologie", sdílené všemi členy rodiny: specifický způsob, jímž vnímají a posuzují motivy, chování a reakce druhých jako základ osobního chování (viz podobnou definici v díle David Reisse).

Nereflektované programy, na př. boj o moc, se stávají destruktivními. Stierlin hovoří důsledně o vztahové dynamice a o vztahových transakčních modech, které jsou dány centripetálními či centrifugálními tendencemi rodinného systému.

Rozlišuje tři základní transakční mody:

vázání ("binding")

delegování ("delegation")

vypuzování ("expelling").

Kontext V - 2, 1989

Každý z těchto modů se projevuje podle toho, na kterou základní složku psychického aparátu (Id, Ego, Superego) působí.

Převažuje-li vázající modus, vztahy partnerů - zvláště rodičů a dětí - se zakládají na mlčenlivém předpokladu, že "skutečné" uspokojení emočních potřeb a zajištění bezpečí spočívá pouze v tomto jejich vztahu. Svět mimo rodinu je vnímán jako nepřátelský a hrozivý. Tento předpoklad se obráží v postojích rodičů, kteří nevidí jinou alternativu, když mají čelit vlastní vývojové krizi, než připoutat (=Triangulovat!) své děti ještě těsněji v rodinném ghettu (Stierlinova formulace) a bránit jakékoli jejich autonomii. Tento postoj je pak dětmi intervalizován a děti samy začínají přispívat k "vázajícím" transakcím.

Odtržení od rodiny, autonomie se pak rovnají extrémní, existenciální osamělosti, opuštěnosti a bezbrannosti proti nepřátelským zevním silám. V psychoanalytické terminologii mohou být popsány tři úrovně vázání:

Na první, afektivní hladině, jsou ve hře převážně elementární pudové potřeby. Lze proto hovořit o "Id-vázanosti".

Druhá hladina se týká především kognitivních procesů, tedy jde o "Ego-vázanost".

Třetí hladina, "Superego-vázanost", se týká využívání a zneužívání loyalty vázaného jedince.

Na všech třech úrovních si interagující partneři nabízejí navzájem vztahové mody, posilující centripetální síly v rodině.

Vázání na hladině Id může být definováno jako vzájemné regresivní uspokojování, které povzbuzuje a uspokojuje potřeby a přání. Může často podobu částečně gratifikujících orálních potřeb, ale vyskytuje se i sexuální stimulace, někdy dokonce

Kontext V - 2, 1989

jako incest. Atmosféra v Id-vázajících rodinách je napjatá, dusná, plná emocií. Vzácní na kognitivní úrovni se týká v první řadě percepcí, myšlenek a pocitů. V extrémních případech si rodinní členové mohou myslit, že sdílejí zcela totožné názory, že mají zcela stejný pohled na svět, a jejich pocity se podobají. To samozřejmě není možné a vede to k řadě percepčních distorzí, diskvalifikaci, mystifikaci a projektivních identifikací. Členové rodiny si myslí, že znají myšlenky druhých a že mohou za ně mluvit a tak se také chovají. Rodiče si myslí, že "intuitivně vědí", jak silně či slabé, zdravé či nemocné, dobré nebo špatné je jejich dítě. Děti, vázané na této úrovni mívají omezenou vztahovou individuaci: vykazují typicky silnou citlivost na souhlas (v termínech D. Reisse). Jakýkoli projev nezávislosti je zakázán, a v popředí je silná orientace jednoho na druhého.

Vzácní na úrovni Superego se týká etických aspektů vztahů, především loyalty a pracuje s pocity viny, povinnosti, závazku, vděčnosti a pod. Vede často k sebedestruktivním životním stylům - alkoholismu, tocikomanii, selhávání v zaměstnání, suicidálním tendencím. Rodinní terapeuti se zabývají především patologickými formami vázanosti, sama o sobě je vázanost vysoce funkční pro přežití jedince i druhu. Na to poukázal opakovaně John Bowlby a jeho následovníci ve výzkumech lidské vztahovosti a vazeb (binding, bonding, attachment), zvláště v raném dětství.

Vzácní se stává patologickým pouze tehdy, když brání možnosti změny v rámci životního cyklu rodiny, adaptabilitě a požadavku širšího sociálního kontextu.

Kontext V - 2, 1989

V současnosti Lyman Wynne zahrnul vázanost do epigenetické perspektivy a vytvořil tak explikační rámec rodinné koevoluce.

Jestliže se odmítání, projevující se vypuzováním promítá především do úrovně Id, jsou frustrovány emoční potřeby. Děti jsou nuceny do předčasné, nezralé, zdánlivé soběstačnosti. V rodinné interakci chybí projevy uznání a uspokojení a vypuzovaným členům je odpírána opora a regresivní uvolnění.

Vypuzování t.z. nedostatek vázání, se na úrovni Ega může definovat jako nedostatek zájmu a přístupu ke "světu Já" druhého. Myšlenky, percepce a pocity nejsou sdělovány. Atmosféra je restriktivní, rigidní, bez emocí, bez empatické účasti.

Vypuzování na úrovni Superega se projevuje nedostatkem trvalých významných loyalit, život se zdá bez smyslu a směru.

Jedinci, vystavení vypuzující atmosféře mohou jevit narcistické nebo hraniční poruchy, popsané např. Kohutem a Kernbergem. Jindy jsou to sociopatické charaktery, zanedbaní jedinci, a některé těžké spychosomatické poruchy, včetně malignit.

Vypuzovací modus pozorujeme často u nevlastních rodin, kde děti z dřívějších manželství jsou pociťovány jako nadbytečné v nové rodinné konstelaci.

Vypuzování a vázání jsou ve vzájemném dialektickém vztahu. Vypuzované dítě hledá vazby a zároveň se jich bojí. Vázané dítě se snaží vytrhnout se a zároveň se úniku obává.

U některých svázaných rodin lze zjistit, že dítě bylo původně nechtěné. Svou existencí však umožnilo svým rodičům, aby se uvolnili ze svých vázajících rodin a vstoupili do manželství, jehož se zároveň obávali. Toto dítě se časem stane objektem

Kontext V - 2, 1989

intenzivního vypuzování, až k přání, aby bylo mrtvé. Tyto fantazie vyvolají silné pocity viny u rodičů a reaktivní formaci vznikne vázající nadměrná ochrana dítěte. Čím více pak dítě dává rodičům důvodů ke starostem, tím více si přejí je vypudit. Tím se však posilují pocity viny a starosti. V této konstelaci dítě snadno vyprodukuje příznak, problém, nebo nemoc, které ospravedlní nadměrnou péčí rodičů.

Symptomatickým pokusem "řešení" je odtažení, tuláctví, sociální izolace, schizoidní uzavřenost.

Delegování má dvojí význam, odvození od latinského slovesa "delegare". 1) vysílat kupředu, 2) pověřit, svěřit poslání. Termín implikuje, že adolescent je zároveň odesílan a vázán k rdojně dlouhým lasem loyalty. Delegované osoby prokazují svou loyalitu svědomitým plněním poslání, a toto plnění je zdrojem jejich sebehodnocení.

V psychoanalytických termínech lze rozlišit tři druhy poslání: poslání na úrovni Id slouží gratifikaci těch efektivních a pudových potřeb, které nemohli rodiče realizovat. Delegovaný může být vysílán, aby měl sexuální dobrodružství, zkušenosti s drogami, a zakoušel mladistvé vzruchy, které rodiče nemohli z jakýchkoli důvodů prožít (nebo již neprožívají) sami.

Na úrovni Ega pomáhá delegovaný adolescent rodičům zvládat praktické životní úkoly, podporuje je, bojuje za ně a testuje za ně realitu.

Poslání na úrovni Superega lze dále rozčlenit podle Freudových charakteristik Superega (já-ideál, sebepozorování, svědomí). Je-li delegovaná osoba ve službách rodičovského

Kontext V - 2, 1989

jáského ideálu, musí se stát slavným sportovcem, vědcem či umělcem, kterým se nedokázal stát rodič.

Je-li poslání ve službě rodičovského sebepozorování, delegát musí zosobnit popřené a zavržené aspekty rodičovských osobností, takže rodiče mají tyto odštěpené parciální objekty na bezpečnou, ale dohlednou vzdálenost. Delegáti tohoto druhu bývají depresivní nebo delikventi. Konečně, delegovaní adolescenti pomáhají rodičům unést svědomí, někdy "odčinit jejich hříchy".

Delegování samo o sobě není patologické. Naopak, zaručuje kontinuitu a smysl vývoje osobního a rodového života. Stává se problematickým, když požadavky, kladené na dítě, nejsou přiměřené jeho věku a tehdy, je-li dítě vystaveno konfliktu. Ten může být trojí:

- 1) Konflikt mezi dvěma nebo více neslučitelnými posláními,
- 2) Konflikt loyalty: poslání jednoho rodiče je v konfliktu s druhým
- 3) Konflikt vyplývající z neslučitelných rozdílů hodnot mezi rodičovskými světy a okolním světem.

Rozeznat a rozrešit tyto konflikty bývá podstatným úkolem rodinné terapie. Je to obtížné, neboť delegování je přenášeno skrytě, neverbálně, analogově, často v raném věku, afektivními signály, a je internalizováno jako životní program, skript (ve smyslu inrojekce, internalizace, identifikace).

V kombinaci s vázáním a vypuzováním vytvoří delegování - to vše na jednotlivých rovinách, instancích psychického aparátu, řadu dysfunkčních alternativ.

Kontext V - 2, 1989

Adolescence představuje životní fázi, která je vlastně celá tranzitivní vývojovou krizí. Jejího cíle - separace, vztahové individuace a zralého typu vzájemnosti není dosaženo lineárně a hladce, ale složitým, často dramatickým vyrovnáváním a smířováním protikladných anebo extrémních tendencí, centripetálních nebo centrifugálních, působících na jednotlivých hladinách psychického fungování, s různými obsahy poselství z předchozích generací. V nejlepším případě je to, slovy Stierlina, "láskyplný boj."

Tomuto kontrapunktu sil musí terapeut porozumět, aby byl schopen podílet se na navození smysluplné a vývojově sankcionované změny. Stierlinův dialektický model je pokusem o přiblížení tohoto složitého procesu.

OVERZICHT BUITENLANDSE TIJDSCRIFTEN

betreffende FAMILYTHERAPIE

EUROPEES

Cahiers Critiques	België	Elkaïm
Zeitschrift für systemische therapie	W.Duitsland	Hargens
Kontext	W.Duitsland	Hosemann
Kontext	W.Duitsland	Müssig
Familien Dynamik	W.Duitsland	Stierlin
Intern. Journal Family Psychiatry	Engeland	Howells
Journal of Family Therapy	Engeland	Lask
Sexual and Marital Therapy	Engeland	Brown
Perheterapia	Finland	Furman
Terapia familiare	Italië	Andolfi
L'ecologia della mente	Italië	Cancrini
Fokus Pa Familien	Noorwegen	Saltues
Psychotherapia	Polen	Aleksandrowicz
Problemy Rodziny	Polen	Dabrowska-Dabrowska
Kontext	:sjechin-Slowakije	Bos
Familien Dynamik	Zwitserland	Duss-von Werdt
Therapie Familiale	Zwitserland	Masson

AMERIKAANS

Family Therapy	San Rafael CA	Blinder
Family Systems Medicine	New York NY	Bloch
Journal of Divorce	Tallahasse FL	Everett
Journal of Psychotherapy & the Family	West Lafayette IN	Figley
Journal of Marital Family therapy	MADISON WI	Gurman
Family Therapy Collections	Amherst NY	Hansen
Family Therapy News	Rock Island IL	Hiebert
Ifta	West Palm Beach FL	Kaslow
AFTA - American Family Therapy Association	Shannon MA	Kinney
Newsletter	San Francisco CA	Liddle
Journal of Family Psychology	Birmingham MI	Nichols
Contemporary Family Therapy	New Rochelle NY	Pendagast
The Family	New York NY	Sager
Journal Sex & Marital Therapy	Boca Raton FL	Sauber
American Journal Family Therapy	Washington DC	Simon
Family Therapy Networker	New York NY	Singer Kaplan
Journal Sex & Marital Therapy	Pittsfield MA	Sluzki
Family Process	Blacksburg VA	Sporakowski
Family Relations	Lincoln NE	Boorth
Journal of Marriage & Family	New York NY	Cain
Americal Journal of Orthopsychiatry	Kansas City MO	Frey
Family Medicine	Seattle WA	Gayman
Family Practice	Van Nuys CA	Goldenberg

OVERIG

Terapia Familiar	Argentinië	Canevaro
Austr. & N.Zeal. Journal of Family Therapy	Australië	Cornwell
Journal Strategic & Systemic Therapy	Canada/Ontario	Efron
S.African Marital Family Ther. Newsletter	South Africa	Mason
Japanse As. Family Psychology	Japan	Okado
Revue Systemes humains	Canada/Quebec	Labrecque
Journal of Comparative Family Studies	Canada/Alberta	Kurian

**Zeitschrift für Systemische Therapie
Inhaltsverzeichnis
Jahrgang 6, 1988**

Beiträge, Diskussionen, Stellungnahmen

Uwe an der Heiden

Das intensionale und das extensionale Abgrenzungsproblem
komplexer Systeme

6 (2): 162 — 171

Ewald Johannes Brunner

Einige Überlegungen zu einer Theorie und Methodologie
systemischer Therapie

6 (2): 90 — 95

Vom radikalen Konstruktivismus zum Kritischen Konstruktivismus

6 (2): 137 — 139

Abschlußstatement zur Diskussion

6 (2): 155 — 156

Kurt Buchinger

Widersprüche in Organisationen

6 (4): 255 — 266

Philippe Caillé

Der Weg zu einer konstruktivistischen Familientherapie

— Teil 1 und 2

6 (1): 43 — 58

Hans Christ, Erhard Wedekind

Zur Praxis systemischer Institutionsberatung

6 (4): 279 — 287

Axel Dinslage

Die Wahrheit auf der Schlachtkbank

6 (3): 205 — 206

Jay S. Efran, Kerry P. Heffner, Robert J. Lukens

Alkoholismus als Auffassungssache. Struktur-Determinismus
und Trinkprobleme

6 (3): 180 — 191

Rolf Harten

Einige Anmerkungen zum Artikel „Alkoholismus als Auffassungs-
sache“ (EFRAN et al.)

6 (3): 192 — 194

Ulrich Hegerl

Der Akt der Unterscheidung, die Beschreibungsbereiche und die
psychophysiologische Forschung

6 (3): 212 — 218

Johannes Herwig-Leimpp

Der systemische Ansatz im Buchbesprech-Korrespondat zu
„Alkoholismus als Auffassungssache“ (EFRAN et al.)

6 (3): 195 — 201

Peter Kaimer		
Notizen zu Über Therapie	6 (2):	116 — 120
Betroffenheit vs. Gelassenheit	6 (2):	142 — 146
Ziele von Systemikern/systemische Ziele	6 (2):	158 — 159
Insoo Kim Berg		
Kurztherapie eines obdachlosen Drogenabhängigen: Eine Fallstudie	6 (3):	207 — 211
Matthias Lauterbach		
Systemischer Therapie in einem Krankenhaus	6 (3):	219 — 225
Tom Levold		
Vorwort des (Gast-)Herausgebers	6 (4):	244 — 246
Kurt Ludewig		
Weiches Wissen soll Wissen sein	6 (2):	122 — 127
Ist die Wahrheit des einen die Blindheit des anderen?	6 (2):	147 — 150
Friede auf Erden!	6 (2):	160 — 161
... & Walter Schwertl		
Ein Gespräch über Paartherapie — Fragen eines Besuchers an einen Paartherapeuten	6 (1):	23 — 26
Jens Möller, Uwe Grau, Norbert Rohwedder		
Beratung von Individuen in komplexen Systemen	6 (4):	288 — 296
Franz Reither		
Einige Eigenschaften prozeßorientierter Simulationsmodelle zur Erfassung komplexer Realitätsbereiche	6 (2):	96 — 109
Diskussionsbeitrag zur „Systemischen Methodologie“	6 (2):	140 — 141
2. Diskussionsbeitrag	6 (2):	157
Michele Ritterman		
Einmenschlichkeit und die menschliche Familie	6 (1):	41 — 42
Günter Schiepek		
Vorwort des (Gast-)Herausgebers	6 (2):	72 — 73
Beitrag zu einer Diskussion im Vorfeld systemischer Methodologie (I)	6 (2):	74 — 80
Beitrag zu einer Diskussion im Vorfeld systemischer Methodologie (II)	6 (2):	128 — 133
Dritter und letzter Diskussionbeitrag	6 (2):	151 — 152
Roland Schleifer		
Das Kind als zollatives Partnersubstitut	6 (1):	13 — 17

Christof Schmitz Beobachtung der Organisation/Organisation der Beobachtung	6 (4):	247 -- 254
Walter Schwertl Einige einleitende Bemerkungen des (Gast-)Herausgebers	6 (1):	4
Erlste Thesen zu einer systemischen Theorie der Krise	6 (1):	5 -- 12
Hans Erich Troje „Paare in Krise“ vor Gericht	6 (1):	27 -- 40
Arist von Schlippe Der systemische Ansatz — Versuch einer Präzisierung	6 (2):	81 -- 89
Diskussionsbeitrag	6 (2):	134 -- 136
Schlussbemerkungen	6 (2):	153 -- 154
Helmut Willke Therapeutisches Handeln — eine Risikoanalyse	6 (2):	110 -- 114
Rudolf Wimmer Das Herstellen einer tragfähigen Arbeitsbeziehung zwischen Berater- und Klientensystem	6 (4):	267 -- 278
Herbert Ziegler Kommentar. Alkoholismus als sprachliches Problem? (EITAN et al.)	6 (3):	202 -- 204

Projekte — Ideen — Vorhaben — Forschung

Friederike Kröger, Arno Drinkmann, Sabine Becker, Ernst Petzold Symlog in der Familiendiagnostik: Beobachter-Rating von 13 „Anorexie-Familien“ im Familiengespräch	6(4):	297 -- 302
--	-------	------------

Systemtherapie — binokular

Cartoons	6(1):	59
	6(3):	225
Lawrence G. Calhoun, Arnie Cann & W. Scott Terry Forschungsergebnisse der Verhaltenswissenschaften: Die Gesetze der Psychologie	6 (3):	226 -- 227
Linda Chamberlain Wie (Du) ein echter Ericksonianer (b)ist (Milton, nicht Erik)	6 (1):	60 -- 62

Mitarbeiter stellen sich vor

Wolfram K. Köck	6 (3)	233
------------------------	-------	-----

Forum

- Thomas Lindner** zu: Jahrestagung der DAF 6 (3): 228 — 230
Max Kriegisch
zu: „Diskurs systemischer Methodologie“ 6 (4): 303 — 305

Bücher

- Marianne Ault-Richter (ed)**
„Woman and Family Therapy“ (Marianne Krüll) 6 (4): 307
- Evelyn Fox Keller**
„Liebe, Macht, Erkenntnis. Männliche oder weibliche Wissenschaft?“
(Marianne Krüll) 6 (4): 307 — 308
- John Grinder & Richard Bandler**
„Therapie in Trance“ (Marianne Krüll) 6 (1): 63
- Gottlieb Guntern (ed)**
„Der blinde Tanz zur laulosen Musik. Die Auto-Organisation von Systemen“ 6 (3): 231
- Jürgen Kriz**
„Grundkonzepte der Psychotherapie“ (Ewald Johannes Brunner) 6 (3): 231
- Niklas Luhmann**
„Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie“ (Tom Levold) 6 (3): 231 — 232
- Friedmund Malik**
„Strategie des Managements sozialer Systeme“ (Tom Levold) 6 (4): 306
- Monica McGoldrick & Randy Gerson**
„Genograms in Family Therapy“ (Peter Eberbach) 6 (1): 63
- Ludwig Relter (ed)**
„Theorie und Praxis der systemischen Familientherapie“
(Jürgen Kriz) 6 (3): 232
- Erhard Wedekind**
„Beziehungsarbeit. Zur Sozialpsychologie pädagogischer und therapeutischer Institutionen“ (Tom Levold) 6 (4): 306 — 307

Kontext V - 2, 1989

VI. Peslední stránka

NIŽŠÍ NERVOVÁ ČINNOST

text pro mozkový kmen

/či pro prodlouženou míchu ?/

PROFYLAXE

Nemáš-li kondom,
upaluj, Kohn, dom!

David Jan NOVOTNÝ
